

3

~~OR. 13.~~  
WD 6...

4138567

3905

FROM  
THE LIBRARY  
OF  
SIR WILLIAM OSLER, BART.  
OXFORD

3905

OR. 13,

Wasa'il al-ibti-  
-haj fi at-tibb  
al-batini wa'l-  
-ilaj.

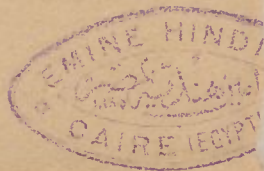
by

Sâlim bey

(Professor at the  
medical College,  
Cairo).

4 vols. (vol. 3 imperforate)

Cairo 1296-8 AH



Travels in  
Internal Medicine  
and Treatment

1878-80



فهرست الجزء الثالث  
من وسائل الابهتاج  
في الطب الباطني  
والعلاج

المقالة الثالثة في امراض الاعضاء المولية	٢
الفصل الاول في امراض السكوية	٢
المبحث الاول في احتمان السكوية	٢
كيفية الظهور والاسباب	٢
الصفات التشرىحية	٥
الاعراض والسير	٦
المعالجة	٨
المبحث الثاني في النزيف الكاوى	٩
كيفية الظهور والاسباب	٩
الصفات التشرىحية	١٠
الاعراض والسير	١١
المعالجة	١٢
التهاب السكوية بين	١٣
المبحث الثالث	١٣
كيفية الظهور والاسباب	١٣
الصفات التشرىحية	١٥
الاعراض والسير	١٦
المعالجة	١٨
(المبحث الرابع في داء بر يكتب المزمن المعروف بالالتهاب الجوهرى (الكاوى)	١٩
كيفية الظهور والاسباب	١٩
الصفات التشرىحية	٢١
الاعراض والسير	٢٣
المعالجة	٣٣
(المبحث الخامس في الالتهاب الكاوى الحقيقى ويسمى بالالتهاب الكاوى الحلاى الخ.	٣٨

	صفحة
كيفية الظهور والاسباب	٣٨
الصفات التشرىحية	٣٩
الاعراض والسیر	٤٠
المعالجة	٤٢
المبحث السادس في الانتهاب الكوى المحيط او الدائرى	٤٢
كيفية الظهور والاسباب	٤٢
الصفات التشرىحية	٤٣
الاعراض والسیر	٤٣
المعالجة	٤٤
المبحث السابع في الاستعمال الشوية للكلية الخ	٤٤
المبحث الثامن في الاستعمال الجوهرية للكلية الخ	٤٦
المبحث التاسع في سرطان الكليتين	٤٤
المبحث العاشر في الذرن الكوى	٤٩
المبحث الحادى عشر في التولدات الطفيلية للكلية الخ	٥٠
المبحث الثانى عشر في العيوب الخلقية للكلية الخ	٥١
الفصل الثانى في امراض الحويض والحالبين الخ	٥٢
المبحث الاول في تمدد الحويض الخ	٥٢
كيفية الظهور والاسباب	٥٢
الصفات التشرىحية	٥٣
الاعراض والسیر	٥٣
المعالجة	٥٤
المبحث الثانى في التهاب الحويض الخ	٥٤
كيفية الظهور والاسباب	٥٥
الصفات التشرىحية	٥٤
الاعراض والسیر	٥٦
المعالجة	٥٨

مخيفه

- ٥٩ المبحث الثالث في التجمعات الحصوية الخ  
٥٩ كيفية الظهور والاسباب  
٦٠ الصفات التشريحية  
٦٠ الاعراض والسير  
٦٣ المعالجة  
٦٣ المبحث الرابع في سرطان الحويض الخ  
٦٤ تذييل في داء ادمسون المعروف بالداء النحاسي  
٦٩ الفصل الثالث في امراض المثانة الخ  
٦٩ المبحث الاول في الالتهاب المثاني النزلي  
٦٩ كيفية الظهور والاسباب  
٦٩ الصفات التشريحية  
٧١ الاعراض والسير  
٧٤ المعالجة  
٧٦ المبحث الثاني في الالتهاب المثاني ذي الغشاء الكاذب الخ  
٧٧ المبحث الثالث في الالتهاب المثاني الدائري  
٧٨ المبحث الرابع في درن المثانة وسرطانها  
٧٩ المبحث الخامس في النزيف المثاني ويعرف بالبول الدموي  
٨٠ المعالجة  
٨١ المبحث السادس في التجمعات الحصوية للمثانة الخ  
٨١ كيفية الظهور والاسباب  
٨٣ الصفات التشريحية  
٨٤ الاعراض والسير  
٨٥ المعالجة  
٨٦ في الامراض العصبية للمثانة  
٨٧ المبحث السابع في تهيج المثانة العصبي الخ  
٨٨ المبحث الثامن في ضعف حساسية المثانة



٩٠ المبحث التاسع في تشخيص المشاة

٩١ الاعراض والسير

٩٢ المبحث العاشر في شلل المشاة

٩٥ الاعراض

٩٦ المعالجة

٩٧ الفصل الرابع في امراض قنطرة مجرى البول

٩٧ المبحث الاول في الالتهاب النزلي المجري الزهري الخ

٩٧ كيفية الظهور والاسباب

٩٩ الصفات التشريحية

١٠٠ الاعراض والسير

١٠٤ المعالجة

١١٠ المبحث الثاني في الالتهاب المجري النزلي الخ

١١١ في امراض الاعضاء التناسلية الخ

١١١ في امراض الاعضاء التناسلية الذكور

١١١ المبحث الاول في السيلان المئوي الخ

١١٥ المعالجة

١١٦ المبحث الثاني في فقد البساة الخ

١١٩ المعالجة

١٢٢ في امراض اعضاء تناسل الاناث الخ

١٢٢ الفصل الاول في امراض المبيضين

١٢٢ المبحث الاول في التهاب المبيضين

١٢٢ كيفية الظهور والاسباب

١٢٢ الصفات التشريحية

١٢٣ الاعراض والسير

١٢٤ المعالجة

١٢٥ المبحث الثاني في كيس المبيض الخ

محمية	
كيفية الظهور والاسباب	١٢٥
الصفات التشريحية	١٢٦
الاعراض والسير	١٢٧
المعالجة	١٣٢
المبحث الثالث في التولدات المرضية الجديدة الخ	١٣٣
الفصل الثاني في امراض الرحم الخ	١٣٤
المبحث الاول في التهاب الرحم الخ	١٣٤
كيفية الظهور والاسباب	١٣٤
الصفات التشريحية	١٣٥
الاعراض والسير	١٣٧
المعالجة	١٤٠
المبحث الثاني في التهاب الرحم الجوهري الخ	١٤٤
كيفية الظهور والاسباب	١٤٤
الصفات التشريحية	١٤٥
الاعراض والسير	١٦٤
المعالجة	١٤٧
المبحث الثالث في التهاب الرحم الدائري	١٥٥
المعالجة	١٥١
المبحث الرابع في تضايق الرحم وانسداده الخ	١٥٢
المبحث الخامس في انحناء الرحم وتقوسه	١٥٤
الصفات التشريحية	١٥٦
الاعراض والسير	١٥٧
المعالجة	١٥٨
المبحث السادس في تغيرات اوضاع الرحم	١٦٠
المبحث السابع في التولدات المرضية الجديدة للرحم	١٦٣
المبحث الثامن في اضطرابات الحيض	١٧٠

المبحث التاسع في القيمة الدموية الخ	١٧٧
الاعراض والسير	١٧٨
الفصل الثالث في امراض المهبل	١٨٠
المبحث الاول في الالتهاب المهبلي النزلي الزهري الخ	١٨٠
الصفات التشريحية	١٨٠
الاعراض والسير	١٨١
المبحث الثاني في الالتهاب المهبلي النزلي البسيط الخ	١٨٢
كيفية الظهور والاسباب	١٨٢
الصفات التشريحية	١٨٣
الاعراض والسير	١٨٤
المبحث الثالث في الالتهاب المهبلي ذي الغشاء الكاذب والدقيقيري	١٨٥
في امراض المجموع العصبي	١٨٧
الفصل الاول في امراض الدماغ	١٨٧
المبحث الاول في احتقان الدماغ واغشيته	١٨٧
كيفية الظهور والاسباب	١٨٧
الصفات التشريحية	١٩١
الاعراض والسير	١٩٣
المعالجة	٢٠٤
المبحث الثاني في الاحتقان الدماغى الخ	٢٠٧
المبحث الثالث في اغيبا الدماغ واغشيته	٢٠٩
كيفية الظهور والاسباب	٢٠٩
الصفات التشريحية	٢١٢
الاعراض والسير	٢١٢
المعالجة	٢١٥
المبحث الرابع في الالتهاب الخ	٢١٧
كيفية الظهور والاسباب	٢١٧

صحيحة

- ٢٢١ الصفات التشريحية  
 ٢٢٣ الاعراض والسير  
 ٢٣٥ المعالجة  
 ٢٣٦ المبحث الخامس في النزيف الدماغى المعروف بالسكتة الدموية الح  
 ٢٣٦ كيفية الظهور والاسباب  
 ٢٣٨ الصفات التشريحية  
 ٢٤٠ الاعراض والسير  
 ٢٤٩ المعالجة  
 ٢٥٢ المبحث السادس في النزيف السحائى المعروف بالسكتة الدماغية الح  
 ٢٥٢ كيفية الظهور والاسباب  
 ٢٥٣ الصفات التشريحية  
 ٢٥٤ الاعراض والسير  
 ٢٥٧ المعالجة  
 ٢٥٧ فى التهاب الدماغ ولفائفه  
 ٢٥٧ المبحث السابع فى التهاب الام الجافية الح  
 ٢٥٨ كيفية الظهور والاسباب  
 ٢٥٨ الصفات التشريحية  
 ٢٥٩ الاعراض والسير  
 ٢٦١ المعالجة  
 ٢٦١ المبحث الثامن فى التهاب الام الخنونة المصحوب بنضح الح  
 ٢٦١ كيفية الظهور والاسباب  
 ٢٦٢ الصفات التشريحية  
 ٢٦٢ الاعراض والسير  
 ٢٦٥ المعالجة  
 ٢٦٦ المبحث التاسع فى التهاب السحائى القاعى المعروف بالتهاب  
 الدرئ الح

مقدمة

٢٦٢ كيفية الظهور والاسباب

٢٦٧ الصفات التشريحية

٢٦٩ الاعراض والسير

٢٧٢ المعالجة

٢٧٤ المبحث العاشر في الانتهاب الدهاني الدماغى الخ

٢٧٤ كيفية الظهور والاسباب

٢٧٦ الصفات التشريحية

٢٧٨ الاعراض والسير

٢٨٣ المعالجة

٢٩٠ المبحث الحادى عشر في الانتهاب الدماغى الخ

٢٩٠ كيفية الظهور والاسباب

٢٩٣ الصفات التشريحية

٢٩٣ الاعراض والسير

٢٩٨ المعالجة

٢٩٨ المبحث الثانى عشر في التيبس الجزئى للدماغ

٣٠٠ المبحث الثالث عشر في اورام الدماغ والمغنايا

٣٠١ كيفية الظهور والاسباب

٣٠٢ الصفات التشريحية

٣٠٥ الاعراض والسير

٣١٦ المعالجة

٣١٧ المبحث الرابع عشر في الانسكاب المصلى لتجويف الجفجفة الخ

٣١٨ كيفية الظهور والاسباب

٣١٩ الصفات التشريحية

٣١٩ الاعراض والسير

٣٢١ المعالجة

٣٢١ المبحث الخامس عشر في الانسكابات المصلية الخ

## محمية

- ٣٢١ كيفية الظهور والاسباب  
 ٣٢١ الصفات التشريحية  
 ٣٢٢ الاعراض والسير  
 ٣٢٤ المعالجة  
 ٣٢٥ المبحث السادس عشر في ضخامة الدماغ الخ  
 ٣٢٥ كيفية الظهور والاسباب  
 ٣٢٥ الصفات التشريحية  
 ٣٢٦ الاعراض والسير  
 ٣٢٧ المعالجة  
 ٣٢٧ المبحث السابع عشر في ضمور الدماغ الخ  
 ٣٢٩ الصفات التشريحية  
 ٣٢٩ الاعراض والسير  
 ٣٣١ المعالجة  
 ٣٣١ المبحث الثامن عشر في فقد النطاق الخ  
 ٣٣٤ الفصل الثاني في امراض الخناق الشوكي ولفائفه  
 ٣٣٤ المبحث الاول في احتقان الخناق الخ  
 ٣٣٥ المعالجة  
 ٣٣٦ المبحث الثاني في نزيف الخناق الخ  
 ٣٣٨ المبحث الثالث في التهاب السحايا الشوكية الخ  
 ٣٣٩ الصفات التشريحية  
 ٣٤٠ الاعراض والسير  
 ٣٤٢ المعالجة  
 ٣٤٣ المبحث الرابع في التهاب الخناق الشوكي  
 ٣٤٣ كيفية الظهور والاسباب  
 ٣٤٤ الصفات التشريحية  
 ٣٤٥ الاعراض والسير

صحيحة

المعالجة	٣٤٨
المبحث الخامس في التولدات المرضية الجديدة الخ	٣٥١
المبحث السادس في الاسسقا التخاعي الحياتي المعروف بداء الحديدية	٣٥٣
المبحث السابع في السل التخاعي الشوكي	٣٥٥
الصفات التشر بجمية	٣٥٦
الاعراض والسير	٣٥٨
المعالجة	٣٦٦
الفصل الثالث في امراض الاعصاب الدائرية	٣٦٨
المبحث الاول في الالتهاب العصبي	٣٦٨
كيفية الظهور والاسباب	٣٦٨
الصفات التشر بجمية	٣٦٩
الاعراض والسير	٣٦٩
المعالجة	٣٧١
المبحث الثاني في الاورام العصبية المعروفة بالنبروم	٣٧١
كيفية الظهور والاسباب	٣٧١
الصفات التشر بجمية	٣٧٢
الاعراض والسير	٣٧٢
المعالجة	٣٧٣
المبحث الثالث في الالام العصبية	٣٧٣
كيفية الظهور والاسباب	٣٧٣
الاعراض والسير	٣٧٧
المعالجة	٣٧٩
المبحث الرابع في الالام العصبية التوأحي التسلاتي الخ	٣٨٤
كيفية الظهور والاسباب	٣٨٤
الاعراض والسير	٣٨٦
المعالجة	٣٨٨

صفيحة

- ٣٩٠ المبحث الخامس في الصداع المعروف بالشقيقة الخ  
 ٣٩٣ المعالجة
- ٣٩٤ المبحث السادس في الالم العصبي العنقي القمعدوي  
 ٣٩٦ المبحث السابع في الالم العصبي العنقي الخ  
 ٣٩٧ المعالجة
- ٣٩٨ المبحث الثامن في الالم العصبي بين الاضلاع  
 ٤٠٠ المبحث التاسع في الالم العصبي الثديي الخ  
 ٤٠١ المبحث العاشر في الالم العصبي القطني البطني  
 ٤٠٢ المبحث الحادي عشر في الالم العصبي الوركي المعروف بعرق النساء  
 ٤٠٢ كيفية الظهور والاسباب  
 ٤٠٣ الاعراض والسير  
 ٤٠٤ المعالجة
- ٤٠٦ المبحث الثاني عشر في الالم العصبي الفخذي المعروف بعرق النساء  
 المقدم
- ٤٠٧ المبحث الثالث عشر في الانسداد الجلدي الخ  
 ٤٠٩ كيفية الظهور والاسباب  
 ٤١٠ الاعراض والسير  
 ٤١٤ المعالجة
- ٤١٥ المبحث الرابع عشر في انسداد العصب القوي الثلاثي الخ  
 ٤١٥ كيفية الظهور والاسباب  
 ٤١٥ الاعراض والسير
- ٤١٧ في تشخيص بعض الاعصاب الدائرية وتفرعها  
 ٤١٩ المبحث الخامس عشر في التشخيص العصبي الوجهي الخ  
 ٤١٩ كيفية الظهور والاسباب  
 ٤١٩ الاعراض والسير  
 ٤٢١ المعالجة



- ٤٢١ المبحث السادس عشر في تشنج العصب الاضافي الخ  
 ٤٢٢ الاعراض والسير  
 ٤٢٣ المعالجة  
 ٤٢٤ المبحث السابع عشر في تشنجات الكتف  
 ٤٢٤ كيفية الظهور والاسباب  
 ٤٢٥ الاعراض والسير  
 ٤٢٦ المعالجة  
 ٤٢٦ المبحث الثامن عشر في الانقباض العضلي التشنجي الذاتي الخ  
 ٤٢٦ كيفية الظهور والاسباب  
 ٤٢٧ الاعراض والسير  
 ٤٢٨ المعالجة  
 ٤٢٩ المبحث التاسع عشر في الشلل الدائري  
 ٤٢٩ كيفية الظهور والاسباب  
 ٤٣١ الاعراض والسير  
 ٤٣٦ المعالجة  
 ٤٣٨ المبحث العشرون في الشلل الوجهي المعروف بشلل مهدبة الوجه الخ  
 ٤٣٨ كيفية الظهور والاسباب  
 ٤٣٩ الاعراض والسير  
 ٤٤٢ المعالجة  
 ٤٣٤ المبحث الحادي والعشرون في شلل العضلة المستننة  
 ٤٤٣ كيفية الظهور والاسباب  
 ٤٤٤ الاعراض والسير  
 ٤٤٥ المعالجة  
 ٤٤٥ المبحث الثاني والعشرون في الشلل التدريجي لاعصاب الدماغ  
 ٤٤٧ المبحث الثالث والعشرون في الشلل الذاتي للاطفال الخ  
 ٤٤٨ الاعراض والسير

- ٤٥٠ المعالجة
- ٤٥١ تذييل لامراض النخاع الشوكي والاعصاب الخ
- ٤٥١ المبحث الاول في الضمور التدريجي الخ
- ٤٥٤ الاعراض والسير
- ٤٥٩ المعالجة
- ٤٥٩ المبحث الثاني في الشلل الذاتي للاطفال الخ
- ٤٦٩ المبحث الثالث في الشلل التدريجي للنخاع المستطيل الخ
- ٤٦٩ المعالجة
- ٤٧٠ الفصل الرابع في الامراض العصبية المنتشرة الخ
- ٤٧٠ المبحث الاول في الرقص الستيجي
- ٤٧٠ كيفية الظهور والاسباب
- ٤٧١ الاعراض والسير
- ٤٧٤ المعالجة
- ٤٧٧ المبحث الثاني في الصرع
- ٤٧٧ كيفية الظهور والاسباب
- ٤٨٢ الاعراض والسير
- ٤٩٠ المعالجة
- ٤٩٧ المبحث الثالث في الكزاز والتهيمنوس
- ٤٩٧ كيفية الظهور والاسباب
- ٥٠٠ الاعراض والسير
- ٥٠٤ المعالجة
- ٥٠٥ المبحث الرابع في الاكلامبسيا الطفولية الخ
- ٥٠٦ كيفية الظهور والاسباب
- ٥٠٨ الاعراض والسير
- ٥١٠ المعالجة
- ٥١١ المبحث الخامس في الاستر بالبح

مصحفة	
٥١٦	الاعراض والسير
٥٢٥	المعالجة
٥٣٠	المبحث السادس في الشار الارتعاشي
٥٣٣	المعالجة
٥٣٤	الايبوخونداريا
٥٣٥	الاعراض والسير
٥٣٩	المعالجة
٥٤١	فصل في امراض الجلد
٥٤٢	في ضخامة الجلد على العموم
٥٤٦	المبحث الاول في الضخامة المنتشرة بالجسم الحلي والبشرة الخ
٥٤٦	كيفية الظهور والاسباب
٥٤٧	الاعراض والسير
٥٤٨	المعالجة
٥٤٩	المبحث الثاني في الضخامة المنتشرة للجلد والمنسوج الخلوي تحتها الخ
٥٤٩	كيفية الظهور والاسباب
٥٤٩	الصفات التشرىحية
٥٥٠	الاعراض والسير
٥٥٠	المعالجة
٥٥٧	المبحث الثالث في الاشكال الخفيفة من التهابات الجلد الخ
٥٥٧	كيفية الظهور والاسباب
٥٥٨	الاعراض والسير
٥٦٠	المعالجة
٥٦١	المبحث الرابع في التهابات الجلد الجري الخ
٥٦١	كيفية الظهور والاسباب
٥٦٣	الاعراض والسير
٥٦٧	المعالجة

## صحية

- ٥٦٩ المبحث الخامس في الهرس المعروف بالالتهاب الجلدي السطحي الخ  
 ٥٦٩ كيفية الظهور والاسباب  
 ٥٧٠ الاعراض والسير  
 ٥٧٢ المعالجة
- ٥٧٣ المبحث السادس في الالتهاب الجلدي السطحي الحار الخ  
 ٥٧٣ كيفية الظهور والاسباب  
 ٥٧٤ الاعراض والسير  
 ٥٧٥ المعالجة
- ٥٧٥ المبحث السابع في الالتهاب الجلدي السطحي المنتشر الخ  
 ٥٧٥ كيفية الظهور والاسباب  
 ٥٧٩ الاعراض والسير  
 ٥٨٢ المعالجة
- ٥٩٠ المبحث الثامن في الالتهاب الجلدي السطحي  
 ٥٩١ كيفية الظهور والاسباب  
 ٥٩٢ الاعراض والسير  
 ٥٩٣ المعالجة
- ٥٩٤ المبحث التاسع في الالتهاب الجلدي المصحوب بتسكون بثور الخ  
 ٥٩٤ كيفية الظهور والاسباب  
 ٥٩٤ الاعراض والسير  
 ٥٩٥ المعالجة
- ٥٩٥ المبحث العاشر في الالتهاب الجلدي السطحي المصحوب بجهتلة  
 حو يصلان عظيمة الخ  
 ٥٩٦ كيفية الظهور والاسباب  
 ٥٩٦ الاعراض والسير  
 ٥٩٧ المعالجة
- ٥٩٨ المبحث الحادي عشر في الالتهاب الجلدي المصحوب بانفعاات الخ

سطحية متمزلة الخ	
كيفية الظهور والاسباب	٥٩٨
الاعراض والسير	٥٩٨
المعالجة	٥٩٩
المبحث الثاني عشر في البسور يازس اى الطغم الجلدي القشري الخ	٥٩٩
كيفية الظهور والاسباب	٥٩٩
الاعراض والسير	٦٠٠
المعالجة	٦٠١
المبحث الثالث عشر في الحزازي الطغم الجلدي الحلي الخ	٦٠٤
المعالجة	٦٠٥
المبحث الرابع عشر في البريزج والمعرف بالحكة	٦٠٥
كيفية الظهور والاسباب	٦٠٥
الاعراض والسير	٦٠٦
المعالجة	٦٠٧
المبحث الخامس عشر في الاكثة الاعتبادية والتمفرقة الخ	٦٠٨
كيفية الظهور والاسباب	٦٠٨
الاعراض والسير	٦٠٩
المعالجة	٦١٠
المبحث السادس عشر في الشكوزس المعروف بالاكثة الثنسية الخ	٦١١
المعالجة	٦١٣
المبحث السابع عشر في الاكثة الوردية وتسمى بالنقط الوردية الخ	٦١٤
كيفية الظهور والاسباب	٦١٥
المعالجة	٦١٧
المبحث الثامن عشر في الوبوس ويعرف بالقوبه الخ	٦١٣
كيفية الظهور والاسباب	٦١٩

محمية

الاعراض والسير	٦٢٠
المعالجة	٦٢٢
المبحث التاسع عشر في السعفة	٦٢٥
الاعراض والسير	٦٢٦
المعالجة	٦٢٧
المبحث العشرون في الهربس الطفيلي	٦٢٩
المعالجة	٦٣١
المبحث الحادي والعشرون في البتر يازس الطفيلي	٦٣٣
المعالجة	٦٣٣
المبحث الثاني والعشرون في الجرب	٦٣٣
كيفية الظهور والاسباب	٦٣٣
الاعراض والسير	٦٣٤
المعالجة	٦٣٦
في تغيرات الافرازات الجلدية	٦٣٩
تذييل	٦٤٥
المبحث الثالث والعشرون في الاسكليرودرمي الخ	٦٤٥
المبحث الرابع والعشرون في الجزام المعروف بداء الفيل اليوناني	٦٤٧
المعالجة	٦٥٠
في امراض اعضاء الحركة	٦٥١
المبحث الاول في الالتهاب المصلي الخ	٦٥١
كيفية الظهور والاسباب	٦٥١
الصفات التشريحية	٦٥٣
الاعراض والسير	٦٥٣
المعالجة	٦٦٠
المبحث الثاني في الروماتزم المفصلي المزمن	٦٦٥
كيفية الظهور والاسباب	٦٦٥

الاعراض والسير	٦٦٦
المعالجة	٦٦٩
المبحث الثالث في الروما تزم المفصلي الخ	٦٧٣
كيفية الظهور والاسباب	٦٧٤
الاعراض والسير	٦٧٤
المعالجة	٦٧٦
المبحث الرابع في النقرس الخ	٦٧٧
الصفات التنشيرية	٦٧٧
الاعراض والسير	٦٨٠
المعالجة	٦٨٧
المبحث الخامس في الراشيتيم الخ	٦٩٣
كيفية الظهور والاسباب	٦٩٣
الصفات التنشيرية	٦٩٤
الاعراض والسير	٦٩٧
المعالجة	٧٠٠
المبحث السادس في لين العظام	٧٠٢
كيفية الظهور والاسباب	٧٠٢
الصفات التنشيرية	٧٠٣
الاعراض والسير	٧٠٤
المعالجة	٧٠٥

177	الحمد لله رب العالمين
178	الحمد لله رب العالمين
179	الحمد لله رب العالمين
180	الحمد لله رب العالمين
181	الحمد لله رب العالمين
182	الحمد لله رب العالمين
183	الحمد لله رب العالمين
184	الحمد لله رب العالمين
185	الحمد لله رب العالمين
186	الحمد لله رب العالمين
187	الحمد لله رب العالمين
188	الحمد لله رب العالمين
189	الحمد لله رب العالمين
190	الحمد لله رب العالمين
191	الحمد لله رب العالمين
192	الحمد لله رب العالمين
193	الحمد لله رب العالمين
194	الحمد لله رب العالمين
195	الحمد لله رب العالمين
196	الحمد لله رب العالمين
197	الحمد لله رب العالمين
198	الحمد لله رب العالمين
199	الحمد لله رب العالمين
200	الحمد لله رب العالمين



الجزء الثالث من وسائل الابتهاج في الطب الباطني

والعلاج ترجمة وتأليف الطيب الحاذق الرئيس

الدكتور حفصة عزت لوسالم بيك سالم

معلم علم الامراض

الباطنية بالمدرسة

السنية الطبية

المصرية

٢

# المجلة الطبية

## المقالة الثالثة

في أمراض الاعضاء البولية

الفصل الاول في أمراض الكلية

المبحث الاول في احتقان الكلية

لا ينبغي اختلاط الاحتقان الكلوي وتنتج به التغيرات النهائية لهذا العضو وجعلها شيئا واحدا وان كان في كل من هاتين الحالتين المرضيتين توجد بعض اعراض متشابهة كظهور الدم والمواد الزلالية في البول وتكونات مخصوصة ميكروسكوبية تعرف بالانابيب الليفية ولو كان تمييز الاحتقان البسيط عن هذه التغيرات النهائية مدة الحياة غير ممكن غالبا

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

يلزم لاجل فهم كيفية ظهور الاحتقان الكلوي وأسبابه واعراضه فهما فسيولوجيا معرفة أحوال الدورة الطبيعية في الكلية والفضل في تحقيق

آراء الاقدمين وانما هما على الدورة السكوية للمعلم فرجوف حيث قال انه  
 ينشأ تبعاً لتجاربه من جزء من الشرايين السكوية الخاصة بالاجزاء المتوسطة  
 والظاهرة للجوهر القشري السكوي فربعات واردة تنفذ في المحافظ  
 الملمجية وهناك تتفرع وتنقسم وتمتدج مكونة للفايف الوعائية ثم تخرج من  
 هذه المحافظ على هيئة أوعية صادرة وحينئذ تتخرج ثانياً ثم تنضم الى  
 الاوردة السكوية وزيادة عن ذلك يوجد بين الجوهر القشري والهرمي أوعية  
 مشتركة وهي فربعات شريانية ينشأ منها من جهة أوعية واردة تتمسك بها  
 لفايف وعائية وأوعية صادرة ممتدة في الجوهر القشري والهرمي ومن جهة  
 أخرى ينشأ منها أوعية مغذية تنبت في جوهر السكوية النخاعي وبالجملة يوجد  
 جملة فربعات انتهائية للشرايين السكوية لا ينشأ منها لفايف وعائية بل أوعية  
 مغذية خاصة للجوهر المذكور

حينئذ الدم الذي يمر من اللفايف الوعائية يكابد في مروره مقاومة أعظم من  
 الدم الذي يمر من الشرايين الى الاوعية الشعرية المغذية بدون واسطة  
 وحيث ان ضغط العامود الدموي في الشريان السكوي عظيم جداً في الحالة  
 الطبيعية بسبب قصر هذا الشريان واتساعه فبني ازداد ضغط العامود  
 الدموي في الشرايين السكوية ينتج عنه احتقان في الاجزاء التي فيها يكابد  
 الدم مقاومة عظيمة أعني في الجوهر القشري خصوصاً في اللفايف الوعائية  
 وأما الاجزاء التي تكون فيها المقاومة قليلة أعني في الجوهر النخاعي فيحصل  
 فيها فقط سرعة في الدورة وأما كمية الدم فلا تزداد فيها وبنعكس الامر اذا  
 حصل عوق في سيلان الدم من الاوردة السكوية فانه حينئذ يزداد تراكم  
 لدم في الاوردة والاعوية الشعرية ولا يمتد الى الاوعية الضيقة المتفرجة  
 الصادرة من المحافظ الملمجية واللفايف الوعائية التي فيها وحيث ان امتلاء  
 الشرايين السكوية في جميع الاحوال المرضية التي يعاق فيها سيلان الدم  
 من الاوردة السكوية خصوصاً في أمراض القلب والرئتين فمن الواضح  
 وجود اللفايف الوعائية قليلة الامتلاء في جميع أحوال الاحتقان  
 الاحتباسي وحينئذ يكون افراز البول قليلاً

ومن الجائز ان للوثرات العصبية بعض مدخل في ذلك فان الاوعية الشعرية

الكلوية كما في غير هذا العضو من الاعضاء تنوع حالة امتلائها  
بالمؤثرات العصبية

ثم ان الاحتقان الكلوي قد يكون متعدداً بأي توارديا وقد يكون قاصراً أي  
احتباسياً من أسباب التواردي الامتلاء الدموي العام الوقتي الذي ينتج عن  
تعاطي مقدار عظيم من المشروبات والاحتقان في هذا الشكل يكون غالباً  
كثير الوضوح في الاجزاء المفترزة للكلية والافراز البولي الغزير الذي  
يحصل من امتلاء الالفائف الوعائية الملهيية يكون واسطة في تعادل الامتلاء  
الدموي العام ومنها ضامة البطين الايسر للقلب بسبب امتلاء المجموع  
الشرياني والفايف الوعائية الكلوية تبعاً لذلك لم تصحب بعوائق دورية  
عظيمة ومنها الضغط الواقع على الاورطي أو الشريان الحرقي الاصلي  
بواسطة أورام في البطن أو الرحم المتدممة مدة الحمل وهذا الشكل من  
الاحتقان يسمى بالاحتقان التواردي التغمي الجانبي ومن هذا القبيل  
الاحتقان الكلوي الذي يحصل مدة القشعريرة في الجينات المتقطعة  
ويكون ناتجاً عن اضطراب الدورة في المجموع الشعري الجلدي

وفي الدور الثاني لدهاء بريكت يحصل هذا الاحتقان أيضاً بسبب الضغط  
الواقع على أوعية الجوهر القشري بواسطة القنوات البولوية المتدممة  
فيحصل حينئذ احتقان تغمي جانبي عظيم في الجوهر النخاعي ومنها ان هذا  
الاحتقان قد ينتج عن تمدد في الأوعية الشريانية الكلوية بسبب شل  
اليافها العضلية ويتضح ذلك في الامراض التنشجية بالافراز البولي  
الصافي الغزير جداً (المسمى بالبول النشجي) ومنها ان الاحتقان الكلوي  
التواردي يحصل بجوار التولدات الجديدة أو البورات الالتهابية في  
الكلية وفي مثل هذه الاحوال يوجه بالاسترخاء الذي يحصل في جوهر  
الكلية وبالتد التابقي للأوعية الشعرية بسبب لين المنسوج المحيط بها  
فلا يقاومها والظاهر ان الاحتقان الكلوي الذي يعقب استعمال الذراريح  
وبلسم الكويباي أو جواهر مهيجة أخرى يحصل بهذه الكيفية فيوجه بها  
كما يوجه الاحتقان الكلوي الذي يصحب الامراض التسممية العامة سيما  
التيفوس والقرصية والحصبية ومع ذلك فان الاصابات الكلوية التي تظهر

في أثناء سير الامراض المذكورة لا ينسب جميعها بمجرد الاحتقان الكاوي بل معظمها ينسب للاستحالة الكاوية الجوهرية التي استتد كرفي المبحث السابع وتحصل ولا يبدون حصول احتقان كاوي وعين ذلك يقال في اصابة الكلى التي تحصل في أثناء الحمل

وأما الاحتقان الكاوي الاحتماسي أو التقهقري فغالبا يحدث من نفس الاسباب التي ينشأ عنها الاحتقان الكبدى الاحتماسي ولذلك يصعبه كثيرا فيحصل الاحتقان الكاوي الاحتماسي من عدة اسباب منها الآفات العضوية للصمامات القلبية الغير المتعادلة ومنها التغيرات الجوهرية للقلب اذا حصل منها ضعف في فعل القلب حالة التهوكة ومنها امراض الرئتين التي ينشأ عنها انضغاط وانسداد في الفريعات الشعرية الرئوية ومنها الاحوال التي يحصل فيها عائق في انجذاب الدم نحو الصدر ووروده اليه كما يكون ذلك عند فعل المجهودات الزفيرية الناتجة عن ضيق في المسالك الهوائية ومنها ضيق أو انسداد كل من الوريد الاجوف السفلى أو الوريد الكاوي اما عقب الضغط الواقع عليهما أو انسدادهما بتعقدات دموية وهذا الشكل نادر الحصول واذا حصل يبلغ أقصى درجة من الشدة

**(الصفات التشريحية)\***

الكلية المحتمنة تظهر في الاحوال الحديثة ذات لون أحمر داكن كثيرا أو قليلا متزايدة الحجم اما بسبب تمدد أوعيتها أو ارتشاح منسوجها بالمصل وينتج عن أوذيمها جوهر هذا العضو والمنسوج الخاوي تحت المحفظة رخاوة ولين وسهولة انفصال المحفظة عنه وفي الاحوال التي فيها تكون الاوعية الملتفة مثلثة امتلاء عظيم بالدم يشاهد انها كثيرة الوضوح عند شق المحافظ المبيجة على هيئة نقط مجرودة كثة

وفي احوال الاحتقانات المزمنة لاسيما الاحتقانات الكاوية الاحتماسية كالنانجة عن امراض القلب او الرئة يظهر في الكلية اضطرابات غذائية اخرى فتوجد الكلية قليلة الازدياد في الحجم أو تشهد في حجمها الطبيعي أو ناقصة عنه وذات مقاومة متزايدة ولون احمر مستو وبالمبحث بالمسكر سكوب يوجد تغير واضح عبارة عن نفوق الجوهر الخلائي مع تراكم غزير فيه من

جسيمات لينفاوية وقد يشاهد أحيانا في بعض الاصفار تفلس في الطبقة  
البشرية المتغيرة للقنوات البولية وعقب انفصالها تهبط القنوات البولية  
المنذقة هي منشاء على نفسها فيصير سطح الكلية غير مستو ويشاهد فيه  
انبعاثات سطحية تارة وتارة غائرة وقد تبه المهلم (تروبه) وغيره على الفرق  
بين هذه التغيرات والاسحالات المزممة الاثماية للكلية التي سنشرحها  
في المبحث الرابع ونسبها ببدء بر يكت المزم

وعندما تظهر في الاخلية البشرية للجوهر القشري التغيرات التي شرحناها  
توجد الانابيب المستقيمة للجوهر النخاعي ممتلئة بمادة شفافة باهتة تارة وتارة  
مهفورة وبالضغط الخفيف على الاهرام يخرج من الحلمات سائل عكر قشطي  
محتواحيانا زيادة عن الاخلية البشرية العديدة على منطبع الانابيب الذي  
يكون على شكل اسطوانات مجانسة شفافة متينة

### \* (الاعراض والسير) \*

الاحتمان الكاوي لا يكون مصحوبا بتألم بسبب قلة الفريعات العصبية  
الحساسة لهذا العضو وسهولة تمدده ومخفظته ونوع الاحتمان التواردي  
الذي يجلسه المجموع الوعائي الشرياني والفايف الوعائية لمحافظة مليجي  
ينتج عنه ولا يزداد عظيم في الافراز البول حيث ان هذا الافراز متعلق  
بازد ياد الضغط الجانبي الوعائي في الفايف الوعائية لمحافظة مليجي المذكورة  
والغالب ان تكون هذه الظاهرة هي العرض الوحيد للاحتقان الكاوي  
الناجم عن تعاطي كمية عظيمة من السوائل أو عن ضخامة القلب الايسر  
او انضغاط الاورطى البطنى أو الشرياني الحرقفيين أو تمدد الشرايين  
الكاوية والبول الذي ينفرز بكمية عظيمة في مثل هذه الاحوال يكون  
قليل التركيز وذو وزن نوعي خفيف ولون باهت ويكاد لا يشهد هذا الاحتمان  
بالضغط الجانبي الوعائي في التلافيف الوعائية في مثل هذه الاحوال مطلقا  
بحيث يرشح مع البول مادة زلالية أو تتميزق بعض الوعية وينسكب الدم في  
محافظة مليجي وهذه المشاهدة المرضية تطابق التجارب الفسيولوجية فان  
ربط الشريان الاورطى البطنى اسفل منشأ الشرايين الكاوية لا يشاهد فيه

البول الزلالي ولو كان ارتقاء الضغط الباطني للعامود الدموي في الشرايين  
الكلوية عظيما

وينعكس الامر في احوال الاحتقان الاحتمبسي الناتج عن عوق سير  
الدورة الوريدية الكلوية وحيث كان من المعلوم أنه مع احتباس الدم في  
الدورة الكلوية الوريدية يكون توتر الشرايين الكلوية على العموم قليلا  
فالافراز البولي لا يكون متزايدا بل متناقصا والضغط الجانبي بالعكس فانه  
يزداد اذ ياد اعظيما في الاوعية الشعرية التي لا ينصب ما فيها من الدم  
في الاوردة الممتلئة امتلاء عظيما الا اذا كان توتر جدرها أعظم من توتر  
جدر الاوردة الكلوية بحيث لا يرتشح من جدر الاوعية الشعرية في  
القنوات البولية سائل دموي فقط بل يصير البول القليل الكمية متر كزا  
فانما يحتوى على زلال وانايب ليفية بل قد تمزق جدر هذه الاوعية  
الشعرية الدقيقة من ازيد اذ ياد الضغط الجانبي الواقع عليها وحيث يخرج مع  
البول كرات دموية ومثل هذه المشاهدات التي توجد في كل  
مرض من امراض القاب المزمنة بظابق التجارب الفسيولوجية فان ربط  
الوريد الكلوي ينتج منه على الدوام بول زلالي وخروج مصل الدم من الاوعية  
الشعرية الكلوية وانصبابه في القنوات البولية في احوال الاحتقان  
الكلوي الاحتمبسي الشديد يشابه خروج المصل الدموي من الاوعية  
الشعرية الرئوية وانصبابه في الحويصلات الرئوية في احوال الاحتقان  
الاحتمبسي الشديد المعروف بالاحتقان او بالالتهاب الرئوي الانحداري  
فان الالتهاب الرئوي الانحداري ليس ناتجا في الحقيقة عن تغيرات النهائية  
ضعفية كما هو الواقع ايضا في التغيرات الكلوية التي نحن بصدددها

وأما شكل الاحتقان الكلوي المقول فيه بانه متعلق باسترخاء في الجوهر  
الكلوي وتمدد تابعي في الاوعية الشعرية فلا يؤدي بالضرورة الى ازيد اذ في  
الافراز البولي ولا الى تناقص فيه وانما يؤدي لارتشاح غزير من مصل الدم  
وازيد اذ في انفصال المتحصل الخالي للقنوات البولية وفي تكونه  
ايضا ولذا متي شوهه دعقب الافراط من المدرات البولية الحريفة أوفى  
أنشاء سير بعض الامراض التي تصطبب عادة بشكل هذا الاحتقان بول

زلالي محتو على كثير من الانايب الموشحة بطبقة بشرية جاز تشخيص  
الالتهاب الكاوى النزلى وهذه التسمية التى صارت مقبولة فى الكتب  
المستجدة وان كانت غير صحيحة لعدم احتواء القنوات البولية على غشاء  
مخاطى وتسمية الالتهاب النزلى يعنى بها اصابة أحد الاغشية المخاطية لسكن  
مع ذلك يجوز اطلاق هذه اللفظة على هذه الحالة كما تطلق على الالتهاب  
النزلى الرئوى

وسير الاحتمان الكاوى توارد يا كان او احتيا سياتى كان متعلقا باسباب  
ذات تأثير وقتى يكون حميدا ولا يؤدى فى حد ذاته الى الموت مطلقا وفي  
أحواله الثقيلة التى فيها يكون ناتجا عن عائق فى الدورة بسبب أمراض  
القلب لا يكون هو السبب فى حصول الموت بل السبب فى ذلك اضطرابات  
التنفس والاستسقا ونحو ذلك من الظواهر المتعلقة بمرض القلب بدون  
واسطة انما لا ينكر ان البول الزلالى يسرع فى حصول التوركة وتقدم مائية  
الدم والاستسقاء العام وكذا الحالة النزلية الكلية تنفخى غالباً بسبب حميدتى  
آل المرض الاصلى للشفاء بحيث تعود الكلية فى جميع الاحوال الى حالتها  
الطبيعية ومن النادر ان ينتج عن هذه الحالة التهاب كاوى جوهرى منتشر  
\* (المعالجة) \*

الوسائط العلاجية المؤسسة على معرفة الاسباب تستنتج مما ذكرناه فى  
ابتداء هذا البحث وينتج من ذلك أيضا ان استعمال هذه الوسائط العلاجية  
فى الاحوال التى يكون فيها الاحتمان الكاوى متعلقا بمرض عمومى ثقيل  
لا يكون أجزاؤها بخصوص الاحتمان الكاوى نفسه بل لاجل مقاومة  
عوارض ثقيله أخرى وزيادة عن ذلك فالاحوال التى يكون فيها الاحتمان  
الكاوى التواردى ناتجا عن استعمال جواهر مدرة للبول حريفة ينبغى منع  
استعمال هذه الجواهر وازالة الحرارة ريق والمرهم المهيجة الموضوع على بعض  
الجروح فانها كثيرا ما تكون سببا للاحتقان الكاوى التواردى وزيادة  
عن ذلك يوصى المريض باستعمال المشروبات سيما الماء العذب بكثرة او المياه  
المخضبة بالسوائل الغروية والزيتية كطبخ الشعير وبرز الكتان والخطمية  
ومستحب اللوز ونحو ذلك فانه ليس لها تأثير على البول المنفرز فى الكلية



وأما معالجة المرض نفسه فالمستعمل فيها الاستفراغات الدموية العامة  
 والموضعية والمحولات الجلدية والمعوية وهذه الوسائط تستعمل متى كان  
 الاحتقان الكلاوى شديدا بشرط ان لا توجد موانع تمنع من استعمال  
 الاستفراغات الدموية المذكورة وفي الاحتقانات الكلاوية الاحتمالية  
 الناتجة عن آفات عضوية مزمنة وغير متعادلة في صمامات القلب تستعمل  
 الدجنتا لاجل تقوية الضغط الباطني في المجموع الشرياني والمقويات  
 كالغذية المقوية والمركبات الحديدية والنييد وغير ذلك

المبحث الثاني في التزيف الكلاوى

كيفية انظهور والاسباب

التزيف الكلاوى يحصل من جملة اسباب منها الجروح الكلاوية ومرض الكلاية  
 واصابات جرحية أخرى فيها واكثر هذه الاصابات حصولا ما ينتج عن  
 الحصيات الكلاوية في الحويض وقد ذكر المعلم ريبه حالة عند شخص مصاب  
 بحصيات كلاوية في الحويض كان يحصل عنده نزيف كلاوى كما ركب  
 الخبل ومنها انه يحصل هذا التزيف من تمزق الاوعية الشعرية الكلاوية  
 المحتمنة احتقانا عظيما كما يشاهد ذلك في احوال الاحتقان الدموى الذى  
 يصحب الدور الاول من الالتهاب الكلاوى الجوهرى حادًا كان أو مزمنًا  
 والذى ينشأ من استعمال المدرات البولية المهيجية والذى يضاعف بعض  
 الحيات الثقيلة كالتيقوس والجدري والحصبة والتسمم الاجامى ونحو ذلك  
 وكثيرا ما يحدث هذا التزيف عن الاحتقان الذى يحصل في محيط التولدات  
 الطفيلية او بعض الاستحالات المرضية سيما الاستحالات السرطانية ويكون  
 في هذه الحالة غزيرا جدا كما يشاهد ايضا في الاحتقان الاحتمالى الشديد  
 الذى ينتج عن امراض القلب او امراض الرئتين ومنها انه يحصل بندرة  
 من الديانيز الدموى أى حالة التغيير الغذائى المجهول الذى يحصل في جدر  
 الاوعية ويكون ينبوعا لظهور الاعراض الاسكر بوطية والفرفرة والجدري  
 الدموى حصولا ذاتيا بسباب محلية في بعض البلاذ الحارة جدا كجزيرة  
 فرنسا وصعيد مصر (وكذا الوجه المجرى منها) والبرازيل ونحو ذلك

ولا يعرف حقيقة سببه معرفة تامة والغالب ان منشأه طفيلي

(تنبيه) كثيرا ما يشاهد البول الدموي المحملي بمصر مستمرا عند بعض  
الاشخاص عدة سنين وبالبحث الميكروسكوبي يشاهد فيه بيض الديدان  
المسماة بالبيلهاريسية التي استكشفتها المعلم بلهارس في دم اوردة البطن  
السفلى سيما الاجوف والوريد البساب

وهناك شكل مخصوص في التزيف الكاوي وهو السدد الدموية الكاوية  
وذلك يحصل كحصوله في الطحال وكثيرا ما يكون ذلك متعلقا بوجود سدد  
دموية سيارة

واما السكتة الكاوية فكثيرا ما تنجم عن الجروح او الرض الشديد  
وقال روكنسكي انها تحصل احيانا عند الاطفال عقب الاحتقان الكاوي  
الشديد

#### \* (الصفات التشريحية) \*

قد ينصب الدم في الاخلية الطبيعية لجوهر الكاوية بدون تغيير واضح  
في تغذيتها وهذه الكيفية يحصل كدم ويقع حر مختلفة الاتساع يسيل منها  
الدم عقب شقها وتوجد هذه البقع الدموية اسفل الطبقة الغمدية وفي  
نفس جوهر الكاوية وفي الجدرى ومماثله من الاحوال المرضية يكون  
الغشاء المخاطي للمويض يجوار البقع الايكوزية في الجوهر الكاوي متلونا  
بلون احمر منتظما وتخيينا جدا (أى من تشعبا بالدم) وسطحه الظاهر غير مستو  
واما السدد الكاوية فتظهر اذا كانت حديثة على شكل بورات مجردا كنة  
ذات شكل مثلثة نحو فرجة الكاوية وعند مكث هذا التجمع الدموي  
زمن اطول يلايهت لون البورة في مركزها ثم يتحول الى مادة مصفرة جبنية  
وقد يتجلل و يفسد فينتج عن ذلك خراجات كاوية محتوية على صديد مصفر  
يحتوى ابتداء على جزيئات من الجوهر الكاوي المتلاشى ثم على كرات  
صديدية وبالجملة فقد تمتص هذه المواد الجبنية أو الصديدية فيبقى محل  
السدة الدموية الكاوية اتبعاج كاوي ندى

وأما السكتة الكاوية فتجلسها الجوهر الخاضع غالبا وينتكون في جوهر

الكلية المتزق جملة بورات مختلفة العظم محتوية على دم منه مقدوبقايا مفرقة  
من القنوات البولية ويظهر ان كلامن السدد الدموية والبورات السكتية  
يشفى بعدم كابدته للاستحالة الشحمية وامتصاص مقصلا فاختلاف ذلك  
نذب القمامية من عكسة وأما الدم الذي ينسكب في القنوات البولية فقد ينهد  
جزء منه ويتسكون عنه اسطوانات ليفية مرصعة بكرات دموية كثيرة  
وقد يوجد في الاخالية البشرية للقنوات البولية وفي المحافظ الملبجية كرات  
بجمنية حبيبية وهي مقصلات انسكابات دموية قديمة

\* (الاعراض والسير) \*

التزيف الكلوي لا يمكن تشخيصه الا اذا انسكب الدم في القنوات البولية  
وخرج جزء منه مع البول ولذا يشاهد بكثرة في جملة بعض الأشخاص كدم  
أو بورات سكتية أو سدد دموية بدون ان يظهر عنها اعراض مدة الحياة  
وذلك لعدم وصول الدم الى القنوات البولية ويكتسب البول في الاحوال  
التي يكون فيها مزوجا بكمية قليلة من الدم لونا حمرا او صفرا مخصوفا عند سوط  
الضوء عليه ولونا أحمر قانيا كثيرا أو قليلا عند مسوره والضوء فيه وعند تركه  
ساكنيا يرسب منه راسب مرمغالي واذا غلى البول المحتوى على الدم أو  
أضيف اليه نقط من حمض النتريك يرسب منه راسب زلالى آت من مصبل  
الدم وبالبحت الميكروسكوبى عن هذا الراسب يشاهد فيه كرات دموية أما  
متغيرة أولا ومن الامور المشخصة للتزيف الكلوي وجود الاسطوانات الليفية  
المرصعة بكثير من الكرات الدموية وهناك بحث كيمائى للبول منسوب للمعلم  
هلر به يتيمر للطبيب معرفة وجود الدم في البول ولو قليلا وذلك ان يستجن  
البول المراد البحت عنه ثم يضاف اليه محلول البوتاسا الكاوية ويمض  
ثانيا خفيئذ ترسب الاملاح الفسفافية مع المادة الملونة للدم التي تكسب  
الراسب لونا أصفر حمرا او صفرا عند النظر اليه بالضوء الساقط ولونا أحمر قانيا  
عند النظر اليه بالضوء النافذ وحيث ان كلامن المادة الملونة للبول والصفرا  
لا يرسب مع الاملاح الفسفافية فلا ينسب لون البول الذي يه هذه المثابة  
لكلنا المادتين الملوتتين والاحوال التي يكون فيها البول مزوجا بكمية  
عظيمة من الدم يكون لونه أحمر داكنا أو أحمر مرمغ او عند تركه ساكنا

يتكون في قاع الاناء جليصة دموية ولا يندرا اذ قد جزء من الدم في المشانة  
 وحينئذ يكون خروج الانعقادات الدموية من المشانة مضموبا بالام شديدة  
 وقد ينعد الدم مدة مرور من الحالبين فينشأ عنه الاعراض المعروفة  
 بالمغص الكلوي ويخرج مع البول اذ ذلك تعقدات دموية مستطيلة دودية  
 الشكل مكتسبة شكل الحالبين

ثم ان سير التزيف الكلوي يتعلق بسبب المرض الاصلى والتزيف الكلوي  
 الناشئ عن حصيات في الحويض يظهر زمنا فزمننا عقب المجهدات الجسمية  
 الشديدة غالباً وأما التزيف الكلوي الناشئ عن تولدات مرضية جديدة سيما  
 السرطان فيكون عادة مستعصياً وغزيراً أو أما التزيف الكلوي الذي يصحب  
 التغيرات الانتهايية والامراض التسممية العامة وكذا الذي ينتج عن  
 احتقانات احتباسية شديدة والذي يكون ظاهرة اسكر بوتوية فيندران  
 يكون غزيراً جداً أو أما التزيف الكلوي الوطني في البلاد الحارة جداً ففيه  
 يحصل فقده موى غزير دورى والنجمعات الكلوية الدموية المعروفة بالاسدد  
 الكلوية التي فيها يكون البول ممتزجاً بقليل من الدم يتبدئ حصولها  
 أحياناً بقشعريرة والام شديدة في القسم الكلوي وفي سبب انوى شديد ومتى  
 وجدت هذه الاعراض أعنى القشعريرة واللام في القسم الكلوي والقئ  
 والبول الدموي عند شخص مصاب بمرض في القلب سهل تشخيص السدد  
 الكلوية التي يعسر تشخيصها جداً عند عدم وجود الاعراض المذكورة  
 وتصطب السكتة الكلوية باعراض مماثلة لذلك لسكتات كون أكثر  
 شدة منها

وانتهاء التزيف الكلوي لا يمكنه اياه مع التفصيل الا بذكر المرض الاصلى  
 وبالجملة فالنزيف الكلوي الذي يهلك المريض بسبب غزارته هو الذي يكون  
 متعلقاً باسعال السرطانية أو تكونات حصوية كلوية أو الشكل الوطني  
 الموجود في البلاد الحارة جداً

\*(المعالجة)\*

معالجة التزيف الكلوي ينبغى فيها أولاً مقاومة كل من الاحتمان  
 والالتهاب الكلويين أو المرض الاصلى العمومى المتعلق هو به وفي الاحوال

التي يتيسر فيها للطبيب اجراء ذلك مع النجاح لايحتاج فيها التزيف الكاوي في حد ذاته لمعالجة مخصوصة لكن الامور التي يكون فيها غزبرا كاشكل الناتج عن الحصيات الكلووية أو السرطان ينبغي فيها معالجة مخصوصة خوفا من نمو وكة المر يض والموصى باستعماله في مثل هذه الاحوال التبريد الشديد في القسم الكاوي بواسطة مثانة مملوغة من الجليد والجمامات الجلوسية الباردة والحقن الباردة أيضا واستعمال الجواهر الموقفة للتزيف من الباطن على التعاقب لاسيما التشنج الذي يفرز من الكلية على هيئة حمض العفصيك وبذلك يؤثر على الصفر الدامي تأثيرا موضعا وزيادة عن ذلك يمكن في الاحوال الشديدة الخطار استعمال الجويدار أو الجويدارين لكن بمقدار عظيم وأما الاستحضارات الحديدية فمنفعتها في مثل هذه الاحوال انما هو لاجل مقاومة فقر الدم

### \* (التهابات الكليتين) \*

هناك التهابات كلوية تصيب الكليتين في اصفار محدودة على شكل بورات محدودة (تسمى بالتهابات الكلووية المحدودة) و ثم التهابات أخرى تمتد على الكلية وتكاد دائما تصيب الكليتين معا في آن واحد فمن هذه الالتهابات امراض بر يكت الآتية آنفا

### \* (المبحث الثالث) \*

في داء بر يكت الحاد المعروف بالتهاب الكاوي الحاد المنتشر وبالتهاب الكاوي اللبني الحاد أي ذى الغشاء الكاذب

### \* (كيفية الظهور والاسباب) \*

يعني بدأ بر يكت شكلا من الالتهاب الكاوي فالاول الذي نفس بصده وهو الحاد يطابق بالكلية للتغيرات التشريحية لاسعال الديكي والالتهاب الرئوي اللبني وذلك أنه من جهة يؤدي لتسكون نضج لبني منعقد مائي للقنوات البولية ومشتمل على الاخلية البشرية والكران الدموية المنسكبة ومن جهة أخرى يكون نقر يباذا سير حاد على الدوام وعنما قليل ينتهي اما

بالشفاء وهو الغالب أو بالموت ويندران يستحيل إلى الشكل الثاني وهو المزمن  
الذي هو عبارة عن التهاب كلوى جوهرى وسنتمسككم عليه في المبحث الآتى  
ومن ذلك يتضح وجه جعل داه بريكت الحاد مرضاً مستقلاً على حدته وتمييزه  
عن المزمن وأما تسميته بالالتهاب الكلوى ذى الغشاء الكاذب كما جرت بنا على  
ذلك فى الطبقات المتقدمة فليس فيه كمبرفائدة فأنى اهترف أن من المشكوك  
فيه كون النضج المالى للقنوات البولية والساد لها متكوناً من مواد ليفية  
منعقدة كما فى التهاب الخجورى والرئوى الليفيين كما فى لا انكمان الاخلية  
البشرية للقنوات البولية فى هذا المرض تكون مشتركة بدرجة عظيمة فى  
الاضطراب الغذائى الاتهابى أكثر منه فى الاخلية البشرية الخجيرية  
والرئوية فى التهاب الخجورى والرئوى الليفيين

ثم إن داه بريكت الحاد يكون أولاً مضاعفة كثيرة الحصول للقرضية ومن  
المشهور عند العوام أن موت الاطفال بالاستسقاء اللحمى عقب القرضية  
منسوب لهدم الاحتراس لحم فيقال أن تغيير الملابس بسرعة قبل انتهاء  
المرض بالسكينة أو تعرض الاطفال للهواء البارد هو السبب فى حصول  
الاستسقاء والمهلك وينبنى على ذلك الاعتقاد تأسف كثير من الامهات  
لزعهن انهن فرطن فى الحرص على اولادهن من البرد ومن الجائز أن ينشأ  
عن تأثير البرد على الجلد مدة القرضية فى بعض الاحوال هذا المرض  
وأقل ما هنالك يساعده على حصوله لكن فى أغلب الاحوال ليس الامر  
كاذ كرفان التسمم بالسم القرضى ينتج عنه زيادة عن التغيرات الجلدية  
على الدوام تغيرات فى الحلق والسكيتين وهى فى أغلب الاوية عبارة عن  
بمجرد احتقان فى هذه الاعضاء وتؤدى لحصول الاعراض النزلية فى الحلق  
أى الذبحة القرضية ولاعراض الاحتقان الكلوى التواردى الشديد  
المذكور فى المبحث السابق لكن هناك أويبة قرضية خبيثة فيها تتشاكل  
الاضطرابات الغذائية فى الاعضاء المذكورة جداً فى مثل هذه  
الاحوال يكاد يحصل على الدوام بدلا عن التهاب النزلى للحلق التهاب  
دفتيرى وبدلا عن الاحتقان الكلوى البسيط التهاب ذو غشاء كاذب  
فى القنوات البولية وفى مثل هذه الاوية يهلك عدد عظيم من الاطفال

بالاستسقا العموى ايا كان الاحتراس وفي اوية اخرى تبقى الاطفال سليمة  
من ذلك ولومع عدم الاحتراس واما حصول الانتهاب الكاوى المنتشر  
الليفي من الميازما الحصبية او التيفوسية او الاجامية فانه نادر

ثانيا قد يحصل داء بريكت الحاد مدة سير التيفويد الهيمى واعتبار بعض  
الاطبا كونه مضاعفة لازمة لهذه الحالة بل سببا اصليا لهذا المرض التابى  
للهيضة الكثير الحصول غير واضح ونحن وان لم نقل بهذا الرأى الاخير  
لما هدتنا كثرة هلاك المرضى المصابة بالتيفويد الهيمى عقب افراز بولى  
زلالى غزير لانكر كثرة مضاعفة داء بريكت الحاد للتيفويد الهيمى وليس  
من المعلم جيدا ان كان الانتهاب الكاوى ذوا الغشاء الكاذب فى مثل  
هذه الاحوال ينسب لوقوف الدورة وكثافة الدم فى الدور الجليدى الهيمى  
الذى ينتج عن احتقان الاوعية الشعرية الكاوية وانسداده بسبب تراكم  
السكرات الدموية وخروج سائل الدم وانسكابه فى القنوات البولية او الى  
تسمم الدم وان هذا الانتهاب الكاوى وكذا بقية الانتهبات التى تشاهد  
فى التيفويد الهيمى تنسب لتسمم الدم بالسلم الهيمى

ثالثا يندر جدا حصول داء بريكت الحاد عند الاشخاص السليمى البنية  
عقب الرض على قسم الكاوية واستعمال الجواهر المدرة للبول الحريفة  
وتأثير البرد واسباب أخرى مجهولة

#### \* (الصفات التشريحية) \*

التغيرات التشريحية التى تشاهد فى جثة الاشخاص الذين هلكوا بهذا المرض  
تطابق تبعا للم علم فريكتس التغيرات التى تشاهد فى الدور الاول أى دور  
الاحتقان والنضج الابتدائى للانتهاب الكاوى الجوهري المعروف بداء  
بريكت المزمن فتظهر الكاوية متزايدة فى الحجم والوزن بحيث تكسب ضعف  
الحالة الطبيعية تقريبا وتكون ذات سطح املس ومحفظتها النهرية محتقنة  
سهلة الانفصال عن جوهرها والجوهر القشرى الناتج عن استغاضه واحتقانه  
ازدياد حجم هذا العضو يكون ذالون احمر كاب او احمر مسمر كثيرا وقليلا هشاشا  
سهل التمزق وعند شقه يسيل منه سائل لزج دموى وتظهر على سطحه بل  
وفى طبقاته الغائرة نقط محجرة داكنة وكذا الاجسام الهرمية تكون محتقنة

مخططة بخطوط محجرة وكثيرا ما يوجد في كؤوس الكليية وحويضها سائل عكر  
دموى وبالبحث بالمكروسكوب لا يشاهد منسوج الكليية متغيرا تغيرا عظيما  
واللغافيف الوعائية تكون كثيرة الوضوح بسبب احتقانها بالدم ويكاد يوجد على  
الدوام انسكاب دموى في المحافظ الملبجة وفي القنوات البولية ومن ذلك  
تنجح النقط الحمر التي ذكرناها وكذا يوجد بين القنوات البولية وتحت الطبقة  
الغمدية نضح التهابي والقنوات البولية خصوصا الجوهر القشري تكون  
ممتلية بمواد ليفية متعقدة واذا ضغطت على الكليية المنشققة وخرج منها السائل  
شاهد فيه بالبحث المكروسكوبي المواد الليقية المنهقدة على شكل اسطوانات  
مستوية فتكون على شكل القنوات البولية كأنها منطبعة فيها وكثيرا  
من هذه القنوات ما يكون مغطى باخلية بشرية وكرات دموية واما الاخلية  
البشرية فلا تكون متغيره تغيرا عظيما

#### \* (الاعراض والسير) \*

هذا الداء يظهر احيانا حال ابتدائه بنوبة شعيرة تعقبها حرارة عمومية والم  
شديد في القسم الكاوي وهذه الاعراض تكاد تصطب على الدوام بقی  
سبب اتوى كثير الشدة أو قليلها بل التي العرضى هو العلامة الملازمة لمرض  
الكليية زيادة عن الحمى واللم في القسم الكاوي ولذا على الطبيب ايصاء أهل  
الاطفال المصابين بالقرصنة بالالتفات الى هذا العرض ونذب الطبيب  
للاسعاف من طرؤه وزيادة عن ذلك تحس المرضى بزحير بولي متكرر ليسكن  
لا يخرج كل مرة الا نقط قليلة من البول وقد يحصل تناقص عظيم جدا في  
الافراز البولي بحيث ان الذي يخرج منه في مدة أربع وعشر ين ساعة لا يكون  
الابعض اواق قليلة وهذا البول يكون ذا وزن نوعي ثقيل ويظهر فيه وقتيا  
لون مدموم وغالبا يكون متعكرا واذ اوجر مسهرو سح كأنما اضيف اليه مواد  
وسضة ويكتسب كل من الراسب والبول نفسه هذا اللون الوسخ بحيث يتيسر  
للطبيب المقرن تشخيص هذا المرض تقرر يبا مجرد النظر وتكون كمية  
المواد الزلالية المحتوى عليها البول عظيمة جدا بحيث اذا غلى أو اضيف اليه  
بعض نقط من حمض الازوتيك انعمد منه نحو النصف أو الثلث واذا بحث عن



الراسب بالمكسر سكوب يوجد فيه اخلية بشرية بكثرة تأتي من القنوات  
والمسالك البولية وكية عظيمة من الكرات الدموية واسطوانات ليفية  
مرصعة بكرات دموية أيضا ويحصل ارتشاح استسقاءى عام في هذا المرض  
وكثيرا ما يصل في اغلب الاحوال الى اقصى درجة بسرعة بحيث  
ينتفخ كل من الوجه والايدي والاطراف السفلى وتوتر الجلد يكون عظيما  
جدا بسبب الانتفاخ العظيم الحاد بحيث ان ضغط الاصبع يزول بسرعة  
والارتشاح الاستسقاءى في هذا الداء يميل عظيم للتنقل كما يشاهد ذلك  
في التهاب الكلى الجوهرى بحيث ان بعض الاجزاء ينتفخ والبعض  
الآخر يزول انتفاخه

وفي الاحوال التي يكون فيها سير هذا المرض حميدا تزول الانقادات الليفية  
السادة للقنوات البولية فيزداد افراز البول ويصير غزيرا وتناقص مادته  
الزلالية ويزول أيضا الاستسقاء العام الذي ينسب هذا العوق الافراز البولى  
أكثر من نسبه لتناقص المادة الزلالية من الدم وفقره وسيلوته وفي الاحوال  
الحميدة جدا قد ينتهى المرض في مدة اسبوع أو اسبوعين بدون ان تخلفه  
عواقب مضرة

وفي أحوال كثيرة قد ينضم لمجموع اعراض هذا المرض اعراض التهاب  
الرئوى أو البليوراوى أو التامورى أو البر يتوفى الحاد وهذه المضاعفات  
هى التي تكون سببا في هلاك المرضى المصابين بهذا المرض

وفي احوال اخرى اندر من السابقة قد يؤدي هذا المرض للتسمم البولى ومن  
الواضح ان انقطاع الافراز البولى ينتج عنه تراكم مواد غريبة في الدم تؤثر  
تأثيرا مضرا في التغذية ووظائف الاعضاء المختلفة فنسب ذلك ابتداء لتراكم  
البولى في الدم حيث كانت أكثر العناصر الصلبة للبول وجودا ومعرفة  
وليس ان تراكمها فيه ينتج عنه التشجبات والحدروشلل المجموع العصبى  
بتامه حتى ظهرت هذه الاعراض عند شخص معه انقطاع في افراز البول  
يقال انه مصاب بالتسمم البولى ثم ذهب فركس في العصر الاخير الى عدم  
نسبة مجوع هذه الاعراض لتراكم البولى في الدم بل لكر بونات النوشادر  
المتحصلة من تحلل البولىنا لىكن رفض هذا الرأى الاخير في نشذ

ينبغي ان نقول لانعلم حقيقة تركيب المواد الغريبة التي تبقى في الدم عقب  
انقطاع الافراز البولي فنؤثر في البنية تأثير امضراتهم ان مجموع اعراض  
التسمم البولي وان كان نادرا الحاصل في أحوال الالتهاب الكلى الذي نحن  
بصدده الا انه من المهم بالنسبة للحكم على عاقبة هذا المرض ومعالجته عدم  
نسبة التشخيصات والحذر مدة سير هذا المرض لحالة التهاب وتضخم في الدماغ  
بل من تسمم الدم وفساد تغذية الدماغ بالمواد الغريبة المتحمل بها الدم فان  
هناك احوالا كثيرة فيها يزول كل من التشخيصات والحذر عقب رجوع  
الافراز البولي مع الغزارة ويسير المرض سيرا جيدا  
وقد يستعمل داء بريكت الحاد الى الالتهاب الكلى الجوهرى اى داء  
بريكت المزمن وفي مثل هذه الاحوال النادرة التي وان حصل فيها تحسين  
وقتي لاشفاء تام يستمر البول الزلالي مع المريض حتى تنفخ اعراضه

\*(المعالجة)\*

تستعمل الاستفرغات الدموية الموضعية بواسطة العلق أو المحاجم  
التشرطية بتجاح في الاحوال الحديثة وفي الاشخاص أصحاب البنية القوية  
وتكرر هذه الاستفرغات الدموية عند الاقتضاء ان لاح نجاحها بول مرة  
في الغالب واما الاستفرغات الدموية العامة فتجنب غالباً لانها تعين على  
فقر الدم المهذب بمصولة هذا المرض وكذا ينبغي تجنب استعمال الجواهر  
المعروفة بمضادات الالتهاب كالزبيب الخلو وأما استعمال الحمامات الحارة  
ولف الجسم بعد ذلك بلغايه من الصوف لاجل احداث عرق غزير فيفضل  
جدا عن باقي المعرفات التي تعطى من الباطن وسنشرح هذه المعالجة تفصيلا  
هي واطهار نجاحها الجيد في المبحث الآتي عند الكلام على الالتهاب  
الكلى الجوهرى واذا كان مع المريض امسالك ينبغي استعمال بعض  
المسهلات الشديدة كالجلية والسناء المسكى والراوند اذ بتأثير هذه الجواهر  
على سطح الامعاء الباطن وأحداثها افراز امصليا غزير يمكن ان تؤثر تأثيرا  
جيدا في الاستسقاء العام ولوان هناك احوالا يحصل فيها اسهال غزير جدا  
ومع ذلك يحصل تقدم وازدياد عظيم في الاستسقاء المذكور والاجود في

المشروبات عند انحطاط هذا المرض المياه المعدنية الحضية الغازية وينبغي ان يعطى من هذه المياه مقدار عظيم جدا فانه بازدياد الضغط الجائفي في اللغائيف الوعائية والافراز الغزير منها يمكن دفع المواد اللبغية السادة للقنوات البولية وقذفها واما المدرات البولية الحريفة فلا ينبغي اعطاؤها لوجود حالة التهايبية في الكلوية وفي اثناء النقاهاة وكذا في الاحوال المستطيلة تفضل الاغذية المحتوية على كثير من الزلال بكمية عظيمة والسكينا والاسمحضرات الحديدية والسكينية لاجل مقاومة فقر الدم

المبحث الرابع في داء بر يكت المزمن  
المعروف بالالتهاب الكلوى الجوهرى  
(\* كيفية الظهور والاسباب \*)

في الالتهاب الكلوى الجوهرى يعترى الاخلية البشرية للقنوات البولية التغيرات الواصفة لباقي الالتهابات الجوهرية فتمتدح ابتداء عقب ارتشاحها بمادة زلالية انتفاخا عظيما ثم يكابد متحصلها استجابة شحمية وبذلك تسفيل الاخلية البشرية تدرى الى حبيبات شحمية ثم يزول غلافها الخلوى وحينئذ تظهر نقط شحمية سايبة في القنوات البولية وفي اثناء حصول هذه التغيرات الرئسة التي تسكبدها الكلوية يحصل في القنوات البولية تجمع نضج ليني غالبا وفي بعض الاحوال يحصل نموى المنسوج الخلوى بين جوهر الكلوية والصمور الكلوى الذى يحصل فيما بعد هو الانتهاء الاعتيادى الذى يعقب التغيرات الالتهابية المذكورة ثم ان الالتهاب الكلوى الجوهرى مرض كثير الحصول والاستعداد للاصابة به في سن الطفولة اقل منه في بقية اطوار الحياة وتصاب به الذكور أكثر من الاناث والاشخاص الضعفاء البنية المنهوكون أكثر من الاقويا ولذا تصاب به الفقراء اكثر تعرضهم للتأثرات المضرة أكثر من الاغنياء واما الاسباب المهمة لهذا المرض فهي اولاً تأثير البرد والرطوبة الشديدة الوقتية لاسيما تأثيرها المستمر ولذا يشاهد هذا المرض بكثرة في البلاد الباردة كانه اكثره وهولندة والسويد اوشواطى المانيا وسواها الشواطى الشمالية

والشرقية ثانيا قد يحصل من الافراط في استعمال المدرات البولية  
 الحريفة ومن استعمال الكبابية الصيني وباسم الكوباي بغير احتراص  
 ثالثا وهو الاكثر من الافراط في المشروبات الروحية ولذا يكثر وجود هذا  
 المرض عند الاشخاص المدمنين على تعاطي المشروبات الروحية كما يكثر  
 وجود الشيروز الكبدى عندهم والتوجيه الفسيولوجى في ذلك غير واضح  
 لكن حيث ثبت بالتجارب الجديدة ان جميع الكؤل الممتص لا يحترق في الدم  
 بتمامه كما كان يظن سابقا بل ينقذ منه جزء عظيم على حالته مع البول  
 فن الجايزان التغير الكولى يكون سببه تأثير الكؤل على الكلية تأثرا  
 موضعيا عند الاشخاص المفرطين من تعاطيه كما يؤثر في احداثه لسيروز  
 الكبد رابعا كثيرا ما يضاعف هذا المرض التقيحات المزمنة وتسوس  
 العظام وتتكززها ولذا يوجد في قاعات الجرحى بكثرة ولوان هذه الاثرات  
 المرضية المذكورة تحدث الاستحالة النشوية الكولية أكثر من احداثها لهذا  
 المرض ومع اننا لا نعلم التوجيه الفسيولوجى والارتباط السببى بين هذه  
 الاحوال المنهكة المذكورة والمرضى الذى نحن بصدده نرى ان حصول هذا  
 المرض في مثل هذه الاحوال ليس أكثر من حصول غيره من الالتهابات التى  
 تضاعف تلك الاحوال المرضية المنهكة كالتهاب اليرتين والبليورا والتامور  
 والبريتون ونحو ذلك خامسا كثيرا ما يحصل الالتهاب الكولى الجوهري  
 لاشخاص مصابين باحوال سوء القنية المختلفة كالنقرس والراشيسم  
 والداء الزهرى والحنازيرى والتسمم الاجامى وفي مثل هذه الدسكرازيات  
 كثيرا ما يحصل الالتهاب الكولى الجوهري كما تحصل الاستحالة  
 الدهنية واما حصول الالتهاب الكولى الجوهري عقب الاحتمانات  
 الاحتماسية للكلية الناتجة عن امراض فى القلب ونحو ذلك فليس من  
 القريب للعقل وانما نظن انه كان يحصل الالتباس بين التغيرات المرضية  
 المذكورة فى البحث الاول وبين هذا المرض وكذا لا نعتبر الحمل من الاسباب  
 المحدثة لهذا المرض فان البول الزلالى الذى كثيرا ما يشاهد فى انشاء الحمل  
 لا يتعلق فى الغالب بالتهاب جوهري فى الكلية بل باستحالة تجهرية فيها  
 كما سندكره فى البحث السابع

## \* (الصفات التشريحية) \*

لاجل سهولة بيان التغيرات التشريحية لهذا المرض يميزه ثلاثة ادوار تبعا  
لفريركس

الدور الاول ينسدر مشاهدته في الجثة وفيه تكون السكبية محققة ومتزايدة في  
الجمر خوة والاخامية البشرية تسكون قائمة التغير واما القنوات البولوية  
فيوجد فيها نضج لبني انبوي وحينئذ تظهر السكبية في هذا الدور جميع  
الصفات التشريحية التي ذكرناها في الالتهاب الكلى اللبني الحاد  
واما تكون التغيرات هنا أقل درجة في الشدة

وأما الدور الثاني أي دور النضج وابتداء استهلاكه ففيه يزداد أيضا كل من  
حجم السكبية ووزنها الطبيعيين وتكون ذات سطح أملس ماعدا بعض  
الاصفار فانه يوجد فيها تحجيمات مرتفعة ويتمناقص قوام هذا العضو  
ويسهل نزع غلافه الخاص ولونه الذي كان ابتداءه أحمر سمرا أو أحمر  
داكنا يصير مصفرا كثيرا أو قليلا وتتناقص كمية الدم فيه فالتلايف  
الوعائية لمحافظة ملبيجي لا يمكن مشاهدتها بالنظر العاري على هيئة  
نقط مجسرة وعند شق السكبية ترى ان ازدياد حجمها ناتج فقط عن  
انتفاخ الجوهر القشري انتفاخا عظيما بحيث يكون قطره اذذاك من  
نصف قيراط الى قيراط ولا تشترك الاهرام في اللون الاصفر الذي اكنسبه  
اللون القشري بل تبقى حافظة لونها الاحمر وبالبحث المكروسكوبي ترى  
القنوات البولوية للجوهر القشري متسعة ذات تمددات جينية دوالية  
ويوجد في باطنها اخلية بشرية منتفخة ومفصلها يكون اخذاني  
الاستحالة الشهمية فتوجد اما اسطوانات ليفية مرصعة بكرات شهمية او  
مواد شهمية مسهرة جينية وهي عبارة عن اخلية البشرية التي اعترها  
الفساد واما المحافظ المبيجة فيوجد بعضها باقيا على حالتها الطبيعية وبعضها  
متمددات عظاما واخليةتها البشرية منتفخة ومتمكرة بواسطة كرات  
شحمية وتجويقها على بنضج عديم الشكل بحيث لا تعرف اللغايا

الوعائية الخالية عن الدم بجميع الصفات التشريحية الكلية في هذا  
الدور تتضح من تمدد القنوات البولوية الذي يعقبه ولا بد انضغاط او عمية  
الكلية وكذا من ظهور المواد الشحمية في باطن القنوات البولوية كما  
يتضح من ذلك عظم حجمها ولونها الممتقع المصفر وازداد عرض الطبقة  
القشرية الحاصل في قنواته هذا التغير المرضي وعدم اتضاح اللفايف  
الوعائية ووجود التجمبات الصغيرة على سطحها الظاهر الناتجة عن ازدياد  
تمدد بعض القنوات البولوية

واما الدور الثالث اي دور الضهور ففيه يتناقص كل من حجم الكلية ووزنها  
بحيث تظهر صغيرة جدا وأخف وزنا من الحالة الطبيعية وسطحها لا يكون  
املس مستويا كما في الدور السابق بل يكون ذات تحدبات وتجمبات منفصلة  
عن بعضها بعمازيب سطحية وقوامها لا يكون رخواشها كما في الدور  
السابق بل يكون يابسما نواتكون الطبقة الغمدية سميكة وملتصقة بجوهر  
الكلية التصاقا متينا بحيث يعمر نزعه اعنه وبصير لون الكلية اصفر وسخا  
مبيضا جدا بهذا المياديب وعند شق الكلية يرى الجوهر القشري في  
حالة ضهور عظيم جدا وقطره متناقصا بحيث لا يكون الا حوي يقرقية حول  
الاجسام الهرمية وبالبحث الميكروسكوبي يرى في موازاة التحدبات  
والتجمبات المذكورة تمدد عظيم في القنوات البولوية والمحافظة المبيجة  
وعملية بمواد شحمية واما في حذاء المياديب فتكون هذه القنوات خالية  
هابطة على نفسها على هيئة مادة لبقية غير واضحة وكذا المحافظة المبيجة  
تكون ضامرة وتظهر على شكل كتل صغيرة عملية بقطر شحمية  
واللفايف الوعائية الموجودة في باطنها تكون غير واضحة بالكلية وكذا من  
البحث الميكروسكوبي يتضح لنا في هذا الدور التغيرات التي تشاهد بالنظر  
اعني كلا من ضهور الكلية وتلاشي الجوهر القشري ووجود الانبعاثات  
والتحدبات السكابتة في محاذات القنوات البولوية التي لم تزل ممددة وعملية  
بمواد شحمية

وتختلف الصفات التشريحية متى حصل في المنسوج الخلوي الضام لجوهر  
الكلية فزيادة عما يعتري الاخلية البشرية من التغيرات اذ في هذه الحالة

توجد المحافظ المبيجية محاطة بطبقة كثيفة دائرية من أخلية المنسوج  
الخلوي أو من منسوج خلوي تام التكوين والقنوات البولية محاطة كذلك  
بمنسوج خلوي جديد التكوين ومنفصلة عن بعضها بالهالات متسعة وقد  
تكون الطبقة الغمدية الخاصة بالمحافظ المبيجية والقنوات البولية مستحيلة  
الى هالة عريضة مجانسة ويندر وجود آثار بورات سكتية في الكلية في هذا  
المرض كما ذكره فريزر وتكون على هيئة بورات مستديرة الشكل من  
حجم حب الشداتج الى الحصى وهي نتيجة احتقانات شديدة سابقة ذات  
لون أصفر مسمر وكذا ينسج وجود خراجات صغيرة ويكثر وجود كياس تنبع  
غالباً في مثل هذه الاحوال عن تمدد عظيم في القنوات البولية ناتج عن  
انسدادها من جهة واستمرار الافراز البولوي في الاثنا يف خلف محل الانسداد  
وهناك أحوال عديدة من هذا المرض لا تكون فيها التغيرات المذكورة  
ممتدة ولا متقدمة كماثر حناة بل تكون قاصرة على القنوات البولية الملتفة  
بجوار الاهرام فيوجد فيها امتقاع مصفر ويستدل بالمكربس كوب على  
الاستجابة المبتدئة في الاخلية البشرية وهذه الدرجة الخفيفة من هذا  
المرض التي هي درجة اتئقال للمرض الذي سنشرحه في المبحث السابع  
تصاحب التقيحات المستطيلة والديسكرازيات المزمنة ومع ذلك ففي مثل  
هذه الاحوال قد يرتقي الالتهاب الكلوي الجوهرى لدرجة الامتداد  
والشدة التي بناها فيما تقدم

**\* (الاعراض والسير) \***

الالام في قسم الكلية تبعاً لما شهدتنا ليست من الاعراض الملائمة  
للالتهاب الكلوي الجوهرى المزمناً الذي نحن بصدده خلافاً لما جرى  
عليه كثير من المؤلفين انما اذا ضغط على القسم الكلوي ضغطاً شديداً  
احس المريض بتعب وألم خفيف لكن هذا التألم يحس به أيضاً بعض  
الاشخاص السامين متى ضغط على قسم الكلية ضغطاً شديداً وكما قيل  
في زيادة الحساسية والتألم في قسم الكلية يقال أيضاً بالنسبة لتناقص  
الافراز البولوي فانه يندران يستدل المرضى به على اصابتهم بمرض ثقيل مهم

في الكمية فانه لو سئل المريض بعد ثبوت تشخيص هذا المرض بالاستسقاء  
 اللحمي ووجود البول الزلالي عن تناقص الافراز في اثناء سير مرضه  
 لاجاب غالباً بالنفي بل ربما يذكر انه من ابتداء حصول الاستسقاء بل وفي  
 اثناء وجوده كان البول ينقذ في كمية عظيمة فينشذ لواجاب مريض  
 مصاب باستسقاء من يجواب بماثل ذلك دل هذا تقرر يباعلى تعاقب هذا  
 الاستسقاء بأقصة من منة في الكمية واما ان اجاب بتناقص الافراز البولي  
 تناقصا واضحا من ابتداء ظهور الاستسقاء التدريجي عنده فيدل هذا ولا  
 بد على ان الاستسقاء ليس متعلقا بمرض الكمية بل باقفة في الرتين او القلب  
 ولان تكران قول المرضى في كثير من الاحوال بازداد الافراز البولي قديني  
 على خطأ فان التطلب المتكرر للبول وهو ظاهرة ناشئة عن حالة  
 سبباً تورية للمثانة تحصل احيانا في داء بر يكت المزم كما تحصل في الحاد منه  
 ولو بدرجة قليلة تلجئ المريض للقول بانه بتكرار التطلب للبول ينقذ  
 كذلك كمية عظيمة أيضا بقياس كمية البول مع الدقة في اربع وعشرين ساعة  
 اتضح منه في كثير من الاحوال ان كميته لا تصل الى الحالة الطبيعية  
 وفي احوال اخرى تكون كالتطبيع وفي غير ذلك من الاحوال تفوق عن  
 الكمية الطبيعية وينسدر حصول تناقص عظيم في الافراز البولي يكاد  
 يرتقى الى الانقطاع وان حصل كان وقتيا واضطراب الافراز البولي وتغير  
 احواله في الالتهاب الكلوي الجوهرى المزم مستغرب بالكمية فان  
 تناقص الافراز البولي القليل الكثير المشاهدة يمكن توجيهه بسهولة لان  
 انسداد عدد كثير من القنوات البولية مع انتفاخ اخليتها البشرية  
 واسمحتها المرضية يعوق ولا بد جريان البول وانضغاط عدد عظيم من  
 الاغاييف الوعائية يعوق كذلك افرازه واما توجيه بقاء كمية البول على  
 حالتها الطبيعية بل وازديادها احيانا ولو مع تسرع جريان البول وعوق  
 افرازه فمفسر كما ان من العمر ادراك توجيهه معرفة ازدياد الافراز البولي  
 في الدور الثالث من هذا المرض اعنى في الزمن الذي فيه تضرر الكمية  
 وتمهبط وينسد عدد عظيم من القنوات البولية والمحافظة للمبيجة فاننا  
 ولو اعترفنا بان لضعف البطين الايسر تأثيرا في ازدياد الافراز البولي



بازدياد الضغط الجانبي في اللفايف الوعائية التي لم تنزل محفوظة وبذلك يسرع  
 ترشح السائل منها لكننا لا نعتبر ان هذا التآثير قوى جدا بحيث ان يعادل  
 ازدياد الضغط الجانبي في اللفايف المذكورة فقد عدد عظيم منها وكذا  
 الاحتمان التواردي التغمي الجانبي في اللفايف الوعائية المصونة عن التغير  
 المرضي الذي يترتب على انسداد او عيصة في الاجزاء المصابة من الكلية  
 غاية ما فيه ان يوجه لنا عدم تناقص الافراز البولي تناقصا عظيما لا ازدياده  
 عن الحالة الطبيعية وبالجملة فنقر للمقل ان فقر مهمل الدم من المواد  
 الزلالية له تاثير في ازدياد الافراز البولي اذ من المعلوم انه بضغط متساوية فقد  
 من غشاء حيوي مقدار عظيم من السائل الزلالي قليل التركز اكثر من سائل  
 كثير التركيز لكن الظاهر ان هذا الامر غير كاف في توجيه ازدياد الافراز  
 البولي الكثير المشاهدة في الدور الثالث من داء بريكت المزمن ثم انه تبعا لما  
 ذكرنا لا يدل كل من آلام القسم الكوي ولا التغيرات الواضحة في الافراز  
 البولي على الاصابة الكلوية الثقيلة غير ان معرفتها ليست عسرة من منذ  
 ما تفقه الحاذقون من اطباء البحث عن بول المرضى بالذقة فالمرضى تلجئ  
 الى المارستانات عقب حصول الاستسقاء عندهم ومتى صار التشخيص ونفي  
 اسباب باقي الاستسقاء قوى الظن بان ذلك ناتج عن داء بريكت فالبحث عن  
 البول يؤيد ما ذكر وبذا يتأكد التشخيص وأما في الطب العملي بين المرضى  
 من العامة فيعرف هذا المرض من حذاق اطباء قبل ظهور الاستسقاء عندهم  
 وظهره هذا المرض في معظم الاحوال يكون بالكمية الاتية وهي ان  
 المرضى تستشعر بتناقص في قواها من ذلك من طول ويكتسب لون الجلد  
 والاعشبة المخاطية الظاهرة لونها عتقا خاليا عن الدم ويتحقق عندهم ان جميع  
 الوظائف لم تنزل تامة على حالتها الطبيعية ولا يعلمون سبب الضعف وامتناع  
 اللون والطبيب المندوب لا يجد بالبحث الجيد ظواهر مرضية في باقي الاعضاء  
 التي تظهر فقر الدم وضعف القوى فيبحث عن البول فيجده كثير المواد  
 الزلالية فينتدب فيصح سبب الاضطراب المذكور ولا حاجة الى التوضيح بان  
 الفقد اليومي لكمية عظيمة زلالية من الدم تبلغ في اربع وعشرين ساعة من  
 اثني عشر الى عشرين جراما يمكن استعاضته بواسطة الجواهر الغذائية

زيادة عن القدر العنصري الطبيعي للجسم وبعبارة اخرى بان الشخص الذي  
يفقد من دمه من ١٣ الى ٢٠ جراما من المواد الزلالية يوميا يصير ولا بد  
من تناقص الدم ضعيف القوى

وحيث انه بالبحث عن البول يمكن معرفة هذا المرض قبل طرق الظواهر  
الاستسقاءية وبعدها فن الواجب بيان اوصاف البول في هذا المرض فنقول  
البول المنفرز يكون ذا لون أصفر لماعا وله كونه كثف لزوجة من البول  
الطبيعي بسبب احتوائه على المواد الزلالية يكون أكثر غوة وكثرت غوته  
زمنطا ويلاز زيادة عن البول الخالي من الزلال ووزنه النوعي يكون متناقصا  
بسبب تناقص البولينيا وكذا الاملاح فيه سيما الاملاح الكلورورية  
الصودية مالم يطرأ على المريض امراض حمية وتناقص احتواء البول  
على البولينيا في ابتداء هذا المرض لا ينبغي ان ينسب لاحتباسه في الدم بل  
الذي يظهر انه في هذا المرض الذي يكون فيه البول خفيفا رهيفا والتبادل  
العنصري ضعيفا بتناقص تكوير البولينيا كما يشاهد ذلك في جميع احوال  
مائية الدم وأما تناقص الاملاح البولية خصوصا الكلورورية القلوية  
فيمكن توجيهه بمشاهدات المعلم سيمد التي على مقتضاها يكون احتواء الدم على  
الاملاح عظيما كلما كانت زلاليتها قليلة والعكس بالعكس ومن المهم بالنسبة  
لهذه الظواهر وجود الاملاح الكلورورية القلوية في الارشاحات  
الاستسقاءية عند المصابين بالاستسقاء وأهمية ذلك الامر الاخيرة تتضح من  
قلة احتواء البول على الاملاح المذكورة كما ازداد الاستسقاء وازداد  
احتوايه عليهما من الحالة الطبيعية متى حصل تناقص في الاستسقاء كما قاله  
ليبرمايستر وان سخن البول (بعد اضافة نقط من حمض الخليك عليه فيما  
اذا كان قلويا) واصيف اليه حمض ملح البارود ان عقد الزلال الموجود فيه وكية  
الاخير تكون تبعا لفرير كس من ٣ : ٥ : ١٥ في المائة والبول الزلالي  
الذي يستمر في اثناء سير هذا المرض ولا يزول الا زمنا من الم يتم توجيهه  
توجيها كافيا ولا يعتبر الزلال في البول والنضح الانبوبي متحصلا التماييا على  
السطح السايب من القنوات البولية فانهما يوجدان في البول بمقدار عظيم  
جد ابدون تغير التمايبي كلوي والذي نقول به ان احتواء البول على الزلال

نتيجة فقد أو تغير في الطبقة البشرية من القنوات البولية ومن المعلوم ان  
 عدم وجود الزلال في البول الطبيعي امر غريب بالكليية عند  
 النفس-بولوجيين ولذا التجأ والفقول بان الزلال يرتشح ولا بد مع ماء  
 و املاح البول في الكليية وانما يرتشحون في ذلك الى النظريات القايلة بان فقد  
 الزلال من البول الطبيعي متعلق ولا بد بوجود الطبقة البشرية في القنوات  
 البولية سواء كان الزلال المرتشح يخدم لتغذية تلك الاخلية البشرية أو بان  
 كانت الطبقة البشرية تنوع بكيفية غير معلومة أحوال ارتشاح هذا  
 الجوهر ونقوده واذترك البول ساكنا في اناه رسب منه راسب مبيض  
 وبالبحث المكرو سكوبي توجد فيه الاسطوانات اللبفية التي تكون ابتداء  
 مغطاة باخلية بشرية على حالتها الطبيعية ثم بعد ذلك قد تكون عارية وتارة  
 مغطاة بنقطة شمعية وزيادة عن ذلك يوجد في الراسب المذكور اخلية بشرية  
 آتية من القنوات البولية

ثم ان البحث عن البول من الوسائط المهمة التي يعتمد عليها في تشخيص  
 الاتهاب الكاوي الجوهري ولذا لا ينبغي للطبيب تأخير شروع فيه حتى  
 تظهر اعراض الاستسقاء العام اذ في كثير من الاحوال تنضج اعراض تغير  
 التغذية العامة والضعف وبها تة لون الجلد والاغشية المخاطية والضعف  
 العضلي وتنضج اعراض الانيميا واضطراب التغذية العامة قبل  
 الاستسقاء العام فيجب على الطبيب الاهتمام ان أمكن بالبحث عن البول  
 قبل حصول هذا العارض اذ بذلك يمكن الوقوف على حقيقة هذا المرض  
 قبل حصول الاستسقاء العام

ثم ان الاستسقاء هو العرض الاكثر وصفا لاداء بريكت ما عدا احوال  
 استثنائية يفقد فيها ويبتدى في معظم الاحوال بحالة الاستسقاء الحمي  
 فاول ما يتفخ عادة الوجه والاقدام ثم الاطراف العليا ثم جدر البطن  
 ثم الصفن ومن الاوصاف الخاصة بهذا الانتفاخ الاوذ بماوى اتتقاله من  
 محله بحيث يرى انتفاخ الوجه والاطراف العليا في بعض وفي آخر تنفخ  
 الاطراف السفلى او جدر البطن او الصفن مع زوال الانتفاخ في الاجزاء  
 المذكورة سابقا

واذا كان المريض غير مضطجع في فراشه او ماشيا مدة النهار تكون الاطراف  
 السفلى كثيرة الانتفاخ في مدة ساعات المساء واما في ساعات الصباح فيكون  
 كل من الارجل والظهر والايدين واليدين والايدي أكثر انتفاخا وكلما كان تكون  
 الاستسقاء العمى بطئا ازداد قدسرونة الجلد ولذا يبيق انبعاث الاصبع  
 مدة مستطيلة من الزمن وينضم الى هذا الاستسقاء فيما بعد اعراض  
 الاستسقاء الرقي والبليوراوى والتسامورى فاذا كان مسيرا الاستسقاء  
 العام سر يعاجدا وصل هذا الاستسقاء في بعض اسابيع قليلة الى  
 درجة عظيمة جدا وفي هذه الحالة قد يحصل من الانتفاخ الاوذىماوى السريع  
 والتوتر الشديد للجلد التهابات او غنغرينة فيه سيما الصفن أو الشفرين  
 العظيمين وفي الاحوال الشديدة جدا قد يمزق الجلد في اصفار كثيرة  
 ويرتفع من سابل مصلى بكمية غزيرة جدا ثم انه يعسر علينا توضيح  
 كيفية حصول الاستسقاء العام في داء بر يكت فان الاستسقاء قد يظهر كما  
 ذكرنا غالبا مع غزارة الافراز الكلى وحينئذ لا يمكن ان ينسب لزيادة  
 الضغط الجانبى في اوردة الجسم بسبب عوق الافراز البولى وهو السبب  
 الذى ابنى عليه حصول الاستسقاء فى التهاب الكلى اللينى الحاد لكن  
 مع ذلك ان حصل وقوف وقتى فى الافراز البولى فى اثناء سير المرض الذى  
 نحن بصدده ازداد الاستسقاء بسرعة عظيمة كما انه فى الاحوال التى فيها  
 يكون الافراز البولى معاقا فى اثناء سير هذا المرض يكتب الاستسقاء ولا بد  
 كذلك درجة عظيمة جدا فى زمن قليل والمرضى يكتب سير القمت الحاد  
 ولا شك فى ان سوء القنية الماوى وتنفاص الزلال فى مهمل الدم يساعدا فى  
 حصول الاستسقاء فى هذا الداء الذى نحن بصدده يسير فى اوعية الجسم  
 الشعرية سابل قليل الاحتواء على المادة الزلالية بسبب فقد المسمر ولذا  
 يحصل ارتشاح قوى غير طبيعى من الاوعية الشعرية فى حالات المنسوجات  
 ويعود الى الاوردة كمية قليلة من السابل الجوهرى بين الخلايا ومن المحقق  
 الذى لا شك فيه ان دخول السوائل من حالات المنسوجات فى الاوعية  
 يزداد ويكثر كلما كان الفرق فى التركيز بين السائل المحتوية عليه  
 الاوردة والخارج عنها عظيما وحيث انه فى التهاب الكلى الجوهرى

يكون هذا الفرق قليلا عن الحالة الطبيعية فن الواضح كثيرة خروج السائل  
من الاوعية وقلة عوده اليها وهناك مشاهدات اكلينيكية تؤيد تلك  
النظريات فقد نشاهد أحوال اكلينيكية من هذا المرض فيها يتقدم  
حصول الاستسقاء ويرتقى الى درجة عظيمة عقب الاستفرغانات الدموية  
المفعولة خطأ أو التقيحات الغزيرة وتناقصه عقب تعويضا مع ذلك فسوء  
القنية الماى ليس هو السبب الوحيد بل ولا من القرى بل انه هو السبب  
الرئيس في الاستسقاء الذى يصاحب داء بريكت فاننا لانشاهد في باقى  
انواع سوء القنية الماى استسقاغا عظيما كفى الداء المذكور ويظهر  
الاستسقاء في هذا المرض غالبا بسرعة عظيمة ولا يكون موازيا فى السير  
مطلقا لدرجة فقر مص الدم من المواد الزلائية كما وان ثقل الاستسقاء  
السريع الذى سبق ذكره فى المجال التى يظهر فيها ينافى تعلقه بسوء القنية  
المدكور ولو استفرغنا من حيوان كمية من الدم وحققنا وبعيته بكمية من  
الماء بدلا عن ذلك لما حصل له استسقاء وبالجملة يظهر لنا انه يوجد زيادة عن  
ظواهر الاستسقاء اصابات مرضية التهابية بكمية وذلك يدل على ان كلامنا  
الارتشاحات الاستسقاوية والنضج ورقة مص الدم مبنى على اضطرابات  
جوهرية غير معلومة بالدقة

ثم انه قد يشاهد مدة سير الالتهاب الكلى الجوهرى ازيد مستمر فى جميع  
الاعراض سيما ازيد الاستسقاء العام ازيد اعظيما جدا بحيث يمتد الى  
التجاويف المصالية والاخلية الرئوية ويؤدى لحصول الموت بدون مضاعفات  
أخرى يمكن فى غالب الاحوال يشاهد مدة سير هذا المرض انخطاطات  
وثوران بحيث تحسن حالة المرض وتناقص احتواء البول على المواد  
الزلائية ويزول الاستسقاء العام ثم عما قبل من الزمن تتناقل حالة المرض  
ثانيا وتشتد جميع الاعراض ثم تحسن ثانيا وهكذا يظهر المرض تقلبات  
مختلفة وفى مثل هذه الاحوال المستطيلة المدة ينسدر ان يستمر الحال على  
الاعراض السابق ذكرها بل الغالب طرأ أعراض أخرى وهى عبارة اما عن  
مضاعفات للمرض الاصلى او نتائج له لا واسطية ولنذكر من ذلك ابتداء  
الالتهابات الرئوية والبليوراوية والتامورية والبريتونية والمجاثية لانها

كثيرا ما تضاعف داء بر يكت ولان المرضى طامسا تملك بها أكثر من هلاكها  
 بظواهر التسمم البولي الا في ذكره والتهابات الرية والبليور الخ لا تتميز  
 بشئ في سيرها عن الالتهابات التي تصيب اعضاء قليلة الدم ويندر ان تملك  
 المرضى في ابتداء حصولها ببل الغالب ان يوجد في الجثة بجوار آثار  
 الالتهابات الالتهائية بقايا تغيرات النهائية اخرى تقدم حصولها كالتصاق  
 البليور والور يقات التامورية ومخن البر يتون والتصاقاته  
 ومنها النزلات الشعبية والمعوية فانها كثيرا ما تضاعف الالتهاب الكلوي  
 الجوهري فالاولى لا تتميز بصفات خاصة به اولوان افرازها في بعض الاحوال  
 كثيرا ما يكون غزير اجدا واما الثانية فانها تكاد تصف على الدوام  
 بارشاح مصلي غزير وتسمى بالكليسة ويكاد يظهر ان السبب الاصل  
 الذي ينتج عنه ارشاح كمية عظيمة من السائل في المنسوج الخلوي تحت الجلد  
 هو الذي يؤدي الى ارشاح غزير على السطح السائب للغشاء المخاطي  
 الشعبي والمعوي وحيث ان النزلات الشعبية والمعوية لا تضاعف الاستسقاء  
 في جميع الاحوال لا بد وان نعترف بان كيفية ظهور هذه النزلات غير  
 واضحة بالكليسة

ومنها أوديميا الرئة المزمنة وهي تحصل بكثرة جدا تبعا لتجارب في أثناء سير  
 داء بر يكت وتؤدي لاعترا عظيم في النفس وسعال متعب للغاية ولا يندران  
 يحصل قئ عند اشديد نوب السعال وقد شاهدت عدة مرات هده التنفس  
 عند المرضى بعض زمن وزوال السعال والخراخر الرطبة متى حصل عندهم  
 مدة القئ نقت غزير

ونوب الزبولي التي يقال انها تحصل في أثناء سير داء بر يكت انما تنتج  
 غالبا عن أوديميا الرئة

ومنها ان كثيرا ما يوجد عند المرضى المتصابين بالتهاب كلوي جوهري  
 تغيرات في القلب فانه كثيرا ما يوجد زيادة عن التصاق التامور بالقلب  
 الناتج عن التهاب تاموري سابق وآفات عضوية في الصمامات ناتجة كذلك  
 عن التهاب الغشاء الباطني من القلب الذي لا يندر حصوله في أثناء سير هذا  
 المرض ضخامة في القلب سيما في البطين الايسر وقد ذهب المهلم نزوبه الى ان

ضخامة القلب انما تنتج عن اضطراب الدورة الكلوية وازداد فعل القلب  
ومجهوده وأما بجرع وغيره فانكر واذكركر واما ينافيه وهو ان ضخامة  
القلب تحصل أيضا في دور داء بريكت الذي ليس فيه اضطراب دوري واضح  
في الكلية ومن الضروري جمع جملة أحوال حتى يتضح الاختلاف في ذلك  
وعلى كل حال قد تحصل ضخامة عظيمة قلبية في الدور التالي لهذا المرض  
ومع ذلك فمن الاكيد ان اضطراب الدورة الكلوية ليس هو السبب الوحيد  
في الضخامة المذكورة ومن المعلوم ان اعراض الضخامة ليست كثيرة  
الوضوح لكن بالانفلات لكثير من المصابين بهذا المرض يوجد ولا بد اشتداد  
في ضربات القلب أو الغايط واضحة عند فقد الاولى

ومنها التسمم البولي واعراضه تفتقد في كثير من أحوال التهاب الكلوى  
الزلالى وظهورها امان يكون تدريجيا أو فجائيا وفي بعض الاحوال تكون  
مسبوقة بتناقص في الافراز البولى وفي المصادر قدي يحصل فيه ازدياد في  
أثناءها أو قبل ظهورها ومتى حصل للامضى الم في الرأس ووقوع في حالة هبوط  
خفيف من حصول هذا العارض ويزداد الخوف متى انضم لهذين العرضين قبيئ  
مستص جدا بحيث يظن وجود افة عضوية في المعدة وجميع هذه الظواهر  
قد تزول أحيانا بدون أن تعقب باعراض ثقيلة لكن في أحوال أخرى يزداد  
انحطاط المرضى ووقوعهم في حالة تنفس أو نوم عميق أو يظهر عندهم  
تشنجات ذات شكل صرعى ويندر ان تكون ذات شكل تيمنومي ويعقب  
هذه التشنجات ولولم تسبق بالحد تنفس عميق مع تنفس شخيري ونوب  
هذه التشنجات تتكرر في أزمنة كثيرة الحصول أو قليلتها لكن الحد  
يتناقل على الدوام وتملك المرضى في حالة شلل عمومي ولا يندران تحسن هذه  
الظواهر بحيث تتباعد النوب التشنجية عن بعضها ويتناقص الحد وتزول  
اعراض التشنج البولى شيئا فشيئا لكن لا مانع من تردها ثانيا بعد بعض  
اسابيع أو أشهر ولم نقف على حقيقة الجوهر المم الذي يحدث في البول  
فيحدث التسمم البولى كما ذكرنا في البحث السابق بل توجيه هذا العرض  
في هذا المرض من وجهه آخر اصعب مما في المرض السابق فقد شهدت  
أحوال كثيرة من التسمم البولى مدة سير التهاب الكلوى الجوهري بدون

انقطاع الافراز البولي فلو كان خروج البولينا وغيرها من الجواهر التي  
ينبغي انقاذها من الدم في متصل القنوات البولية بمجرد نوايس  
الاندسوزنلا أمكن توجيهه تراكم تلك الجواهر في الدم مع غزارة الافراز  
البولي ولذا يجب علينا القول بان للاخلية البشرية للقنوات البولية  
تأثير اعظم ولا بد في تكوين البول وتركيبه وان تغيرها المرضي وتلاشيها  
ينج عنه كذلك تغيير في تركيب الدم ولو انفرز من الكمية مقدار عظيم من  
الماء والذي نعتقد ان نسبة الظواهر العصبية التي تظهر في أثناء سير  
الالتهاب السكوى الجوهري كالام الرأس والنشجات والسكوما ونحو ذلك  
لمجرد تسهم الدم من الامور المجهدة لحد الحقيقة ونضم بالنسبة لبعض  
الاحوال الى رأى المعلم تروية وان كان مجاوزا أيضا لحد الحقيقة القائل ان  
تلك الظواهر البولية تنسب لاوذيميا الدماغ وانيمته الوعائية الشعرية وما  
يسرى انتشار رأى القائل به من منذ زمن طويل بان الظواهر المعبر عنها  
بظواهر انضغاط الدماغ في أحوال انبعاثات الجمجمة والانزفة الدماغية  
والاورام والخراجات والنضوجات الالتهابية والارتشاحات المصلية التي بها  
يضيق متسع تجويف الجمجمة تنسب ولا بد لعوق أو انقطاع ورود الدم  
الشرياني الى الاخلية العصبية والالياف لهذا العضو وازداد انتشاره  
شيا فشيئا من منذ زمن ظهور أول طبعة من كتابي هذا ولكنى اعتقد  
ضد التجربة المعلم منك أنه ليس من الثابت ولا من القريب للعقل ان الاوذيميا  
الدماغية الحادة التي تحصل في أثناء سير داء بريكت ليس لها سبب آخر  
خلاف أسباب الاوذيميا التي تحصل في باقى اجزاء الجسم والتي تنسب لازدياد  
الضغط الجانبي في الشرايين الدماغية وزيادة عن ذلك يظهر لى ان نسبة  
جميع أحوال التسمم البولي الى انضغاط أو عية الدماغ والانيميا الدماغية  
بعيد عن الحق أيضا والذي اقول به في المسئلة التي نحن بصدد ها هو أنه في  
أحوال الالتهاب السكوى الجوهري المزمن يشاهد أوذيميا في الاعضاء  
المختلفة لم تعرف أسبابها معرفة تامة ومن الواصف لهذه الاوذيميا انها تغير  
محلها كما أنه في أثناء سير هذا المرض قد تظهر أوذيميا رئوية تارة بسرعة  
وتارة ببطء وهي اما ان تؤدي الى الهلاك أو تزول عما قبل من الزمن وكذلك



الدماغ قد يصير من أسباب غير معروفة في أثناء سير داء بريكت مجلسا  
لاوذيما تحت الحادة أو حادة يهلك بها عدد عظيم من المرضى أو تقدر حالتهم  
وتصير مطاوعة مدة من الزمن طويلة أو قصيرة بعدما تغير الاوذيما مجلسها  
فبعض الاحوال المعبر عنها بالتسمم البولي يكون متعلقا باوذيما الدماغ وانيمته  
الشعرية الناشئة عنها وكون النوية التسممية البولوية تتعلق باوذيما الدماغ  
لا يتسمم الدم يستنبط ذلك من أمور وهي أنه متى حصلت النوية بحالة كوماوية  
ثقبلة تقطع بتشخبات اكلاميسية وكان الافراز البولي وقت طرؤا النوية  
على حالته الطبيعية أو متزايدا وكان طرؤه هذه النوية محسوبا باوذيما  
شديدة في الوجه وكان عند المرضى مدة النوية ازيد ياد عظيم في ضربات  
الشرايين السباتية وهي علامة مهمة يستدل منها على شدة امتلاء تجويف  
الجمجمة وحقق انصباب الدم في هذا التجويف

ومن مضاعفات الالتهاب الكلوي الجوهرى أيضا ضعف الابصار او فقده  
بالكلية وحصول ذلك يكون اما تدريجيا أو فجائيا وقد نسب ذلك بعضهم الى  
التسمم البولي وسعى هذا العارض بضعف الابصار او الكنتة البولوية  
التسممية وقد استبان في زمننا هذا ان سبب هذه الافة انسكابات دموية أو  
تغيرات الترابية ذات شكل مخصوص في الشبكية حتى انه أمكن تشخيص داء  
بريكت بمجرد البحث بالافتالمسكوب (أى المرأة العينية)

وأما مدة الالتهاب الكلوي الجوهرى وانتهائه فمختلفة فان هناك أحوالا  
فيها ينتهى سير هذا المرض في مدة من ستة أسابيع الى ثلاثة شهور وبعض  
أحوال يمتد فيها سنين عديدة والغالب انتهائه بالموت ولو كان غالباً من  
المضاعفات لامن نفس المرض الاصلى ويندر الشفا التام وان أمكن حصوله  
وكما أزم من المرض يندر انتهائه بالشفا ومتى حصل الشفا لمصاحب هذا المرض  
في مدة قصيرة يقع الشك في المريض هل هو مصاب بالالتهاب الكلوي  
الجوهرى او ذى الغشاء الكاذب الذى هو أسلم عاقبة مما قبله كما ذكرنا

### \* (المعالجة) \*

ينبغى ان يوصى في المعالجة السببية والواقية لهذا المرض بالتدثر بالصوف  
وبالبدن الساكن الرطبة الباردة والسكنى في المسكن الجافة الحارة

ويتجنب الخروج وقت اختلاف الاهوية وبرودتها وفي المساء البارد وتؤم  
 الاشخاص المعتدرون القاطنون في جهات قاسية الاهوية يترطبها  
 أو الشواطى ذات الريح القوية بتغيير محلها أو اقلها وتؤم بالامتناع  
 عن الافراط من تعاطى المشروبات الروحية واستعمال المدرات البولية  
 الحريفة والكبابه الصينى و بلسم الكوبابى والافاويه ونحو ذلك

ثم ان معرفة كونه داء بريكت أفة النهائية ليس تحت ذلك كسبرطابيل  
 بالنسبة للمعالجة بحيث ان المعالجة المضادة للانتهاج لا تستعمل في أى دور من  
 أدواره وفي المعالجة المؤسسة على طبيعة المرض يوصى باستعمال المحولات  
 على الامعاء بواسطة المسهلات الشديدة والمعرفات على الجلد وسنذكر  
 هاتين الواسطتين العلاجيتين فيما سياتى عند الكلام على معالجة  
 الاستسقاء الحصى الذى هو عرض لهذا المرض وقد أوصى فربركس في هذا  
 المرض باستعمال حمض التنيك واطناب في مدحه والمقدار الذى يعطى منه  
 من قحتين الى ست حمزوجة بخلصة الصبر على هيئة حبوب ويعطى  
 هذا المقدار في النهار مرتين أو ثلاث وقال انه بانفرازه مع البول على صفة  
 حمض العفصيك يؤثر تأثيرا جيدا في الكلى فيحدث تناقص المواد الزلالية  
 ومع ذلك فقد اعترف فربركس انه وان شوهه تناقص في الزلال من البول  
 في الاشكال المكمنة من هذا المرض الا انه يندرمشاهدة زواله من البول  
 زوالا كليا وتجاربنا الخصوصية لا تؤيد كثرة جودة هذا الجوهر الدوائى  
 وأما المعالجة العرضية فاعلمها يعقب بنجاح تسكين عظيم ولو اتناذ كرنا  
 ان الحكم على عاقبة هذا المرض غير جيدة الا ان معالجة داء بريكت لا تعد  
 من المعالجات الخالية عن الفائدة وقد ذكرنا ان فقد الزلال من الدم هو  
 السبب الاصلى لاغلب اعراض الانتهاج الكلى الجوهري ولذا كان من  
 اهم الامور في معالجة هذا المرض تعويض فقد الزلال بواسطة استعمال  
 الغذاء المقوى المحتوى على عناصر ازوتية معوضة بكثرة وجواهر علاجية  
 مطابقة لذلك فيعطى من البيض الطرى واللبان والامراق القوية واللحوم  
 المحمرة كمية عظيمة بقدر ما تفعله القوة الهاضمة عند المريض فله بما بذلك  
 يمكن تجنب حصول الاستسقاء ولذا ان المرضى ذوات الثروة المعتدلين في

مهيشتهم يمكنهم تحمل فقد الزلال جملة من السمين بدون ضرر بخلاف الفقراء  
 فانهم بها يكون بسرعة من هذا المرض وما ذلك الا من كون الاولين عندهم  
 مقدرة على تعويض الفقد الحاصل لهم دون الاخرين ومع ذلك يوصى  
 باستعمال مقدار مناسب من البوزة القوية والنبيد الجيد اذ بذلك يتناقص  
 الفقد العنصري وتحسن التغذية والموافق من الجواهر الدوائية هي  
 المركبات الكيمنية والحديدية وكثير من الاطباء الذين لا يعترفون بشمرة الطرق  
 العلاجية وفترة منفعتها من يرفض الاستحضارات الاولى وينكر ان لها  
 تأثيرا مقويا به تشتد وتقوى الالياف الاصلية للمنسوجات وفي هذا العصر  
 الذي هو عصر رد الفعل بالنسبة للذهب القاتل بقدم منفعة الطرق العلاجية  
 مدحت ثانيا الجواهر المقوية بكثرة لاسيما الاستحضارات الكيمنية وعاد لها  
 شرفها ويظهر في الحقيقة ان لها تأثيرا جيدا على حالة التغذية وتقويتها  
 وذلك لكونها تنقص الفقد العنصري الغذاء وكذا الاستحضارات  
 الحديدية جيدة المنفعة في هذا المرض واستعمالها في محله وذلك لكون  
 المتناقص ليس فقط المادة الزلالية بل السكريات الدموية أيضا ولا شك ان  
 للاستحضارات المذكورة تأثيرا جيدا لا ينكر في تكويتها وان الاهمال في  
 استعمال تلك الجواهر والبحث عن وسائط علاجية نوعية واستعمال المدرات  
 البولية بدون تعقل عند طرده الاستسقاء شهادة قوية على جهل الطبيب  
 وقد استعملنا في عدة من الاحوال التي ذكرها الطبيب سميد وشرحها في  
 رسالته التدبير الغذائي للبنى الصرف وشاهدنا منه نجاحا عظيما عند كثير  
 من المرضى بعد ان لم يحصل ادنى ثمرة من طرق علاجية اخرى فما كان يعطى  
 للمرضى ادنى فحمة من الجواهر الدوائية انما كانت تتعاطى كل يوم من ليتربن  
 الى ثلاثة من البن (اعنى من أربعة ارطال الى ستة) فبعد الاستمرار هكذا  
 مدة أربعة اسابيع على هذه الطريقة العلاجية اللبئية المذكورة امكن بعض  
 المرضى التي كانت في حالة يأس التخلص من الاستسقاء وازدادت قواها  
 وتحسنت هيئتها وأمكنها مباشرة اشغالها ولو الشاقة وفي اثناء هذه  
 المعالجة لم يزل الزلال من البول بالكلية الا في حالة واحدة وأما في باقى الاحوال  
 فانه لم يزل مستمر ولا تعرض لتوجيه التأثير الجيد للمعالجة اللبئية المطلقة في

دا بر يكت اذ لا طابيل في ذلك

ثم ان لم يتيسر منع حصول الاستسقاء بالكميفية السابق ذكرها اوازالتة  
ان كان موجودا يوصى ولا بد باستعمال طريقة علاجية معروفة ولا يرجى  
حصول النجاح في ذلك من الاستحضارات النوشاديرية كروح مندربر اى  
خلات النوشادر السائل ولا من الاستحضارات الانقونية ولا من غيرها من  
الجواهر الدوائية المعروفة بل الذى يرجى النجاح فيه هو التعريق بواسطة  
الحمامات الفاترة فقد شاهدت زوال الاستسقاء العظيم جدا عند المرضى في  
أسابيع قليلة والاتاما متى صار استعمال حمام فاتر من درجة ٢٠ الى ٣٠  
رومير كل يوم ولفها سريرا بعد الحمام باحرمة من الصوف مدة ساعة او ساعتين  
حتى يحصل التعريق وتوليد العرق بذلك عظيم جدا بحيث امكن تراكم نحو  
الثمانين سنة متراكمه با من العرق وجميع هؤلاء المرضى كانت توزن قبل  
التعريق وبعده فالتقاويم اليومية الاكلينيكية اوضحت ان المرضى  
كانت تفقد من وزنها اثناء التعريق من رطابين الى ثلاثة اواربعة بل ازيد من  
ذلك لسكننا لا نتكرر ان هذه الطريقة لم تجدد ففعا في بعض الاحوال وان  
المرضى المنهوكين تتأثر من هذه الطريقة تأثيرا عظيما بحيث لم يمكننا الاستمرار  
على استعمالها وبالجملة نذكر اننا قد شاهدنا في حالة ظهور نوب التشنجات  
البولية عند تناقص الاستسقاء فان الفقد المائى بواسطة الجلدي يحدث  
ولا بد تركز فى الدم وبذلك يوجه امتصاص السائل بين الخلايا وحيث ان  
هذا الاخير يشتمل في احوال الالتهاب الكاوى الجوهرى على البولينا وغيرها  
من المتحصلات الافرازية فمن الجائز ان التعريق الغزير يساعد على تحمل  
الدم بتلك العناصر وعلى ظهور التميم البولى لكن من البحث الدقيق في الحالة  
المذكورة اتضح مع التقريب نفي وجود الارتباط السببي بين المعالجة المعروفة  
وطر والظواهر البولية التسممية

ومهما قيل طبقا للنظريات ضد استعمال المدرات في هذا المرض فلا بد من  
الالتجاء اليها في الاحوال الميؤس فيها وينبغى ولا بد الاحتراس من استعمال  
المدرات البولية الحريفة كبصل العنصل والزراراج وحب العرعر ونحو ذلك  
من الجواهر المدررة الحريفة بخلاف بعض الاملاح المدررة للبولى كملح الطرطير

وطرطارات البورق وخلات البوتاسة بمقدار عظيم من ٥ جرام الى ١٥ كل يوم فان لها تأثيرا جريدا في بعض الاحوال فقد شاهدت طبيبا اعتراه الاستسقاء بجملة مرار وكان يتخلص منه كل مرة باستعمال مهصل اللبن مع ملح الطرطير الذائب ومقادير صغيرة من مسحوق دوثير

ولنذكر اخير استعمالات المسهلات الشديدة الموصى بها أحيانا لاجل مضاربة الاستسقاء في هذا المرض فانه بواسطة الافراز المعوي المسمى الغزير يمكن كذلك احداث تركيز في الدم ومساعدة امتصاص التجمعات الاستسقاوية واعظم دليل في ذلك الهبضة والمشاهدات التي فعلت فيها اذ كثيرا ما يحصل عقب الاستسقاء تفراغ المعوي الغزير تكاثف سريع في الدم وامتصاص الانسكابات المصلية الاستسقاوية والانهائية وواضح شاهد على ذلك هو حالة اكلينيكية شوهدت في اكلينيك تيمبج وشرحها المعلم ليبرمستر وهي حالة تخص من يضامه ابدا بر يكت ثم هلك بالدوسنطاريا فانه في هذه الحالة حصل تناقص كلي في الاستسقاء العام أثناء الايام الاخيرة من الحياة عقب الافرازات المعوية الغزيرة المتكررة مع ان الاستسقاء كان عنده من منذ زمن طويل ومن الموجب مدح المسهلات الشديدة في هذا المرض كونه باستعمالها لا يحصل تأثير مضر على الكمية ومع ذلك فلا يتجمل استعمالها الا عند الضرورة العظيمة فان المرضى تتأثر تأثيرا عظيما والمضم يضطرب جدا باستمرار استعمالها والمسهلات الشديدة الاكثر استعمالا في الاستسقاء اللحمي هي الممغ النقطة بقدر ستة سنتي جرام مسحوق أو حبوب الحنظل على شكل مطبوخ من ٤ جرام الى ٨ على ١٨٠ جرام من الماء (أعني من درهم الى درهين على ست اواق من الماء) أو على شكل صبغة (من خمس نقط الى ١٥ ثلاث مرات كل يوم في سايل غروي) وأوصى فريركس في التسمم البولي باستعمال الحوامض لاسيما حمض الجاويك طبقا للنظريات والاجود في ذلك استعمال المسهلات الشديدة والمكدرات الجليدية على الرأس وعند تضاع التشجات البولية التسممية ينبغي استعمال الحقن بالمورفين تحت الجلد أو الكورال أو برومورا بوتاسة

من الباطن وعند تهديد اشغال العموى تستعمل المنبهات كالقهوة والنبيد  
والاثير وغير ذلك

المبحث الخامس فى الالتهاب السكوى الحقيقى  
ويسمى بالالتهاب السكوى الخلاى ويخرج  
السكلا وبالبورات الانتقالية للسكلا

( كيفية الظهور والاسباب ) \*

فى الشكلىن المتقدم ذكرهما من التهابات السكوية وهما داء بري يكت الحد  
والمزمن تحصل التغيرات المرضية الرئسة فى القنوات البولوية وأما المنسوج  
السكائى بينهما فلا يصاب الا بكيفية ثانوية وأما فى المرض الذى نحن بصده  
النادر الحصول فتسكون الاصابة فى المنسوج الخسوى الضام للقنوات  
البولوية والمحافظة الملبججية مع بعضها  
ومن الاسباب المحدثة لهذا المرض بكثرة جروح السكيتين ورضهما ويندران  
يكون حصولهما من اسباب مؤثرة ظاهرة وتوما ذلك الاختفا وضع الكيتين  
وصونهما عن المؤثرات الخارجية وأكثر من ذلك حصول جرحهما  
بواسطة تراكم الحصوات التى فى الحويض ومنها البول النوشادى المنفسد  
فى الحويض المؤدى لحصوله تضاييق القنوة البولوية وانتفاخ البروشة وشلل  
المثانة عقب أمراض النضاع الشوكى والتهمج الذى يطرأ فى مثل هذه  
الاحوال يكون كىما ويا لامبخا نيكيا ومنها امتداد التغير الالتهابى من المسالك  
البولوية الى السكيتين فانه من الواضح ان التهاب الحويض السكوى يؤدى  
بسهولة الى التهاب السكوية نفسها بواسطة امتداد الالتهاب منه الى جوهه  
هذا العضو لكن من المشكوك فيه انضمام الالتهاب السكوى الى التهاب  
المثانة أو لسيلان المجرى بدون سبب الالتهاب وامتداده الى السكوية بدون  
تراكم البول المنفسد فى الحويض ومنها امتداد التغير الالتهابى من السكوية الى  
المنسوج الخسوى المحيط بها أو اليريتون أو غيره من الاعضاء المجاورة ومنشأ  
الالتهاب السكوى بهذه المثابة نادر جدا ومنها السدد السيارة للارودة السكوية  
الصغيرة ودخول جواهر عفنة أو ميازمية فى الدم وبذلك ينشأ الالتهاب  
السكوى المعروف بالانتقالى الذى يشاهد فى أحوال التهاب الغشاء الباطن

من القلب والآفات العضوية للصدمات وجميع الاحوال المرضية المعبر عنها  
 بلفظ البيهيا أى التسمم الصديدي للدم وفي الامراض التسممية الحادة فاما  
 المنشاء السددي للبورات الاسفينية التي تحصل في السكبية بكثرة كصورتها في  
 الطحال عقب أمراض القلب السابق ذكرها فلا شك فيه وأما البورات  
 الانتقالية الصغيرة التي توجد في السكبية في أحوال التسمم العفن للدم  
 والحصى النفاصية والادوار الاخيرة من التيفوس فلا يترتب على الدوام اثبات  
 منشاءها بواسطة السدد السيارة السابحة وأما منشأ التهاب الكلى الخلاصى  
 بواسطة المدرات الحريفة او عقب تأثير البرد فشكوك فيه

\*(الصفات التشريحية)\*

تكون السكبية في ابتداء هذا المرض الناشئ اما عن أسباب جرحية أو تراكم  
 البول المنفسد في الحويض أو عن امتداد التهاب من الحويض أو الاعضاء  
 المجاورة متزايدة الحجم ذات لون أحمر داكن منتشر أو مبعق وقوامها متناقصا  
 غالباً وبطبيعتها القمعية محتقنة منتفخة بسبب ارتشاحها سهلة الانفصال وعند  
 شقها يرى منسوجها غبير وواضح وانتهاء الاهرام في الجوهر القشري لا يكون  
 ظاهراً ويخرج من سطح الشق بواسطة الضغط سائل دموى كثيف ومسمى  
 تقدم المرض زال اللون الاحمر وصار منسوج السكبية أسمر سنجابياً ومخا بواسطة  
 ضغط النضج الاتهابي وما احتوى عليه من الاخلية القيجية على الاوعية  
 الشعرية للكيتين وكل من زوال اللون الاحمر وبها تنمى ينشأ عادة في اصفرار  
 صغيرة كحب الدخن وكما تزايدت السكريات القيجية زاد اين هذه الاصفرار الى  
 أن تتكون بورات قيجية تختلط ببعضها فيما بعد وهذه السكبية تتكون  
 الخراجات الكلبية الصغيرة التي تكون ذات شكل مستدير كثيراً أو قليلاً  
 في الجوهر القشري ومستطيل في الجوهر الهرمى ثم يعظم حجم هذه الخراجات  
 الصغيرة وتختلط ببعضها وهذه الكيفية تتكون خراجات عظيمة الحجم يمكن ان  
 تكون شاذة نصف السكبية أو أزيد وقد تسقر هذه الخراجات مدة مستطيلة  
 من الزمن على حالة تكيس أى مهاطة بكيس من منسوج خلوى سميك وقد  
 تنفتح هذه الخراجات في اتجاهات مختلفة كالحويض أو تجوف البطن  
 أو جهة الخارج أو في الامعاء أو الرئتين بعد انثقاب الجنب الحاجز والنصاقه

بهذه الاعضا وهنالك انتهاء آخر للاتهاب الكاوى الخاوى الذى يشاهد  
 خصوصاً فى الشكل المزمن منه وذلك ان المنسوج الخاوى الكاوى يحصل  
 فيه تضامة عظيمة عقب فقد الجوهر الكاوى الاصلى وفى مثل هذه الاحوال  
 توجد الكاوية ذات سطح غير منتظم أو تحدبات وهذه التحدبات تكون أعظم  
 حجماً منها فى الدور الثالث لذا بر يكت المزمن وفى الميازيب بين التحدبات  
 تكون الطبقة الغمدية ملتصقة التصاقاً تاماً وعند شق هذه الميازيب  
 لا يشاهد المنسوج الكاوى بل يوجد منسوج خاوى ندى

وأما الاتهاب الكاوى الانتقالي الذى ينضم لامراض القلب فليس له ميل  
 الى التقيح وفى الاحوال الحديثة منه توجد أجزاء يابسة جرادا كثة محدودة  
 ذات شكل اسفينى قاعدته نحو دائرة الكاوية وقمته نحو فرجتها وبالبحث  
 الميكروسكوبى يستدل على شدة امتلاء الاوعية بجواد دموية داكنة  
 وانسكاب الدم فى القنوات البولية ويدهنها والسدد الدموية الكاوية تعتبرها  
 عين الاستحالات التى شرحتها عند الكلام على السدد الدموية فى الطحال  
 فتبتدى البورة فى امتقاع اللون من مركزها ثم تتحول الى الشفا بعد أن  
 تعثرها الاستحالة الشحمية ويمتص الشحم فيخلف ذلك ندبة العمام وأما  
 البورات الكاوية الانتقالية التى تنشأ من دخول جواهر عفنة فى الدم وفى  
 أثناء سير الامراض التسممية العامة فانها تكون أصغر حجماً وأكثر عدداً  
 من السده التى تحصل فى أمراض القلب ولها أيضاً ميل عظيم للتلاشى بحيث  
 لا توجد بورات صلبة غالباً عند فعل الصفات التشرىحية بل توجد خراجات  
 فى الكاوية محاطة بهم التجراء

### \* (الاعراض والسير) \*

الاتهاب الكاوى الخلاى الحاد غير الانتقالي قد يبتدى كبقية الاتهبات  
 الحادة للاعضاء المهمة بقشوريرة شديدة ويصحب ذلك الام شديدة فى القدم  
 الكاوى تكاد لا تنفقد فى هذا الشكل من الاتهاب الكاوى وهذه  
 الآلام تزداد اذ يدا اعظيماً بقليل من الضغط وتصبح غير مطاعة وتمتد على  
 طول الحالبين الى المائنة والخصيتين وتتشمع حتى تصل الى فخذ الجبهة  
 المر يضة والقبى العرضى الذى ذكرنا أنه من الاعراض الملازمة للاتهاب



الكلوى الجوهرى الحاد لا يفقد في هذا الالتهاب أيضا الا في أحوال قليلة  
 وافر از البول يحصل فيه عوق عظيم بسبب الضغط الواقع على القنوات  
 البولية ومحافظة لميجي من النضج الخىلى الالتهابى والبول الذى يكون  
 متركزا عكرا داكنا كثيرا ما يكون مختلطا بالدم والحمى التى تصاحب  
 هذا المرض من ابتداءه كثيرا ما تكون فى أثناء سيره شكلا تيفوسيا  
 فتصير المرضى فاقدة للادراك ويعتريها الهذيان والكوما أو التشنجات  
 وهذه الاعراض تنسب هتما أيضا العوق افر از البول وانسحان الدم ويجواهر  
 افر از به وقد يقطع هذا المرض سيره فى أيام قلائل ويؤدى للموت عقب  
 شلل المجموع العصبى

والتقيح في هذا المرض يظن بحصوله اذا استطالت المدة بدون انقطاع  
 وظهرت مدة سيره نوب شعيرة متكررة وبتأ كذا ذلك اذا خرج مع البول  
 مواد قيحية ومتى تكون خراج في أحد اجزاء الكلية وكان باقى اجزائها سليما  
 اكتسب المرض سيرا من مناسك الحمى لم تزل مسمرة فتمتلك المرضى  
 وتودى الى الهلاك بعد زمن ما بما يسمى بالسل الكلوى وأما التغييرات  
 التى يكسبها هذا المرض بمضاعفته بالتهاب الحويض والمثانة أو انفجاج  
 الخراجات فى الاتجاهات المختلفة فلا حاجة للاطالة بذكرها

ويعسر معرفة شكل الالتهاب الكلوى الخىلى الذى فيه يزول الجوهر  
 الكلوى فى بعض اصقار زواله اندرجيا ويحمل محمله منسوج خلوى ندبى  
 والاعراض التى تشاهد عادة هى اضطراب الافراز البولوى والاحساس  
 المتكرر بحرق البول والالم الاصح فى القسم الكلوى والانتفاخات  
 الاوذيمياوية والاضطراب العظيم الذى يؤدى الى الحالة الكوماوية وباقى  
 اعراض التعمم البولوى اسكن فى الغالب يعسر الاستدلال على هذا الشكل  
 من الالتهاب بهذه الظواهر

واما شكل الالتهاب الكلوى الخىلى الانتقالي فانه يختفى فى الغالب مدة  
 الحياة حيث لا يوجد له اعراض واصفة ومع ذلك قد شاهدت ان تكون  
 السدد الدموية العظيمة فى الكليتين قد اصطبغت بنوبة شعيرة واشتكت  
 المرضى بالالم فى القسم الكلوى والبول المنفرز بقله كان مختلطا بالدم فان

ووجد مجموع هذه الاعراض عند مرض مصاب بافة قلبية ساغلا لعقل تقريبا  
 تشخيص سد كاو يسهل وان أمكن اثبات وجود سد دودية في اجزاء  
 اخرى قبل ذلك بقليل وأما البورات الانتقالية السكوية التي تكون في  
 أحوال تعفن الدم والحى النفاسية فانها من الامور التي توجد بالمصادفة في  
 الصفات التشرىحية ولا يظن بوجودها حالة الحياة

\* (المعالجة) \*

متى طرأ هذا المرض بكيفية استثنائية عند شخص قوى البنية على شكل  
 التهاب حاد وجب استعمال معالجة مضادة للالتهاب بقوة كالاستفرغات  
 الدموية الموضعية بل والعامية واستعمال المكدرات الباردة في قسم  
 الكلية ثم الضمادات الفاترة فيما بعد والمجبة اللازمة مع استعمال  
 المشروبات المملحة والمليئة مع تجنب الاملاح اسكن في غالب الاحوال  
 لا يمكن اجراء معالجة قوية ومضعفة لان المرضى تكون عادة منهوكة في  
 الامراض المختلفة التي سبقت هذا المرض ولكون اصابة الكلية هذا تحصل  
 بكيفية خفية فلا يكاد تعرف الا عند حصول التقيح وفي مثل هذه الاحوال  
 لا تكون المعالجة الاسببية أو عرضية فان كان المرض الاصلى الناتج عنه  
 تقيح الكلية والحفاظ له يمكن زواله ( كاحتباس البول بواسطة توسيع  
 التضايقات الحجرية أو طرد التجمعات الحصوية في الحويض ) وجب الاهتمام  
 في ذلك والافقتصر على التغذية الجيدة والهواء الجيد واستعمال المركبات  
 الحديدية والسكينا والجواهر المرة لاجل حفظ قوى المريض حتى يتم الشفاء  
 البطئ وبالجملة فالمعالجة تقيح الكلية توافق معالجة التهاب الحويض المزمن  
 حيث ان المرض الأخير يوجد غالباً معه والتميز في كل حالة اهتة بين  
 التهاب الحويض التقيحي والحويض السكوي لا يمكن الحصول عليه  
 بالتأكيذ غالباً

المبحث السادس في الالتهاب السكوي المحيط

أو الدائري

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

المنسوج الشهى المحيط بالكلية قد يصير بندرة مجلس الالتهاب ذاتي وذلك

في الغالب يكون عقب مؤثرات جرحية أو عقب تأثير البرد في أحوال قليلة  
وأكثر من ذلك - حصولاً مشتركاً - بكيفية تابعة مع التهابات الكلوية  
التفجيرية والحويض الكلوي وقد شاهدت حالة فيها امتداد التهاب المثاني  
الدائري على طول الحالبين إلى المنسوج الشحمي المحيط بالكلية

**\* (الصفات التشريحية) \***

التهاب المحفظة الخلوية الكلوية يؤدي غالباً إلى التقيح بسرعة - وحينئذ  
يتغير لون المنسوج الخلوي وتمتلئ هالاته بالقبح وتختلط بوران القبح الصغيرة  
بعضها ثم ينشأ خراج ذو امتداد عظيم يمكن أن ينفخ في اتجاهات مختلفة وفي  
أحوال أخرى لا يحصل التقيح بل التيبس واستحالت المحفظة الخلوية الهشة  
إلى طبقة ليفية سميكة

**\* (الأعراض والسير) \***

إن ظهر الالتهاب الكلوي المحيط بكيفية حادة تكون أعراضه ذات  
مشابهة تامة لأعراض الالتهاب الكلوي الخلوي الحاد فان كلامنا من الحمى  
الشديدة المبتدئة بنوبة فشريرة واحدة أو متكررة واللام الشديدة في قسم  
الكلية التي ترتقي إلى درجة لا تطاق بانقباض العضلات المجاورة وانحذابها  
وحركات الجسم يوجد في كل من هذين المرضين ومن المهم في التمييز بينهما أن  
الأفراد البولوي لا يكون معوقاً والبول لا يكون مختلطاً بدم ولا مواد زلالية ولا  
كرات هيمية في الالتهاب الكلوي المحيط غير المضعف وإن استطالت  
مدة المرض وتكون خراج عظيم في أثناء سيره يوجد في القسم الكلوي ويرم  
بتضخم توجع شديداً فشيئاً وإن اتضح الخراج في تجويف البطن نشأ عن ذلك  
التهاب بر يتوفى قتالاً بسرعة وإن انفخ في المعاء أمكن حصول الشفا ومثل  
ما ذكر يكون عند انفتاح الخراج نحو الظاهر إما بنفسه أو بالصناعة والأول  
يحصل عادة في الظهر أسفل الأضلاع الكاذبة وذلك بعد أن تكون اللام  
الظهرية قد وصلت إلى أرقى الدرجات عند حركات الجسم وبعدها تتكون  
في الجزء المذكور أؤذيم متفاوتة الامتداد وفي أحوال أخرى ينفجر القبح  
على مسير العقلة الأيسر أو السوية فيمتكون خراج انحداري يظهر عادة أسفل  
رباط بويار

## \* (المعالجة) \*

يوصى في معالجة الالتهاب الكلى المحيط في الاحوال الحديثة بالاستفراغات الدموية بواسطة العلق أو المحاجم التشريطية والوضعيات الباردة على الجزء المؤلم من الظهر واحداث افراز موعى بواسطة الزبيق الحلو وبعض الاملاح المسهلة وفيما بعد تستعمل الحمامات الفاترة وكذا الحمامات الفاترة وينبغي المبادرة في فتح الخراج على حسب قانون الجراحة بدم مبردة وإبقائه على فتحه مدة من الزمن

المبحث السابع في الاستعمال النشوية للكلية

(المعروفة بالالتهاب الكلى الجوهرى ذى الاستعمال النشوية)

(أو تنهم الكلية)

لا يندر ان يعترى الكلية استعمال مشابه لما يعترى الكبد والطحال بتركيب مواد في جوهرها تشابه الاخيلية النباتية عند معاملتها باليود أو حمض الكبريتيك والجواهر الغذائية الاصلية بالنسبة لتركيبها الكيماوى والاستعمال النشوية للكلية تنشأ عن نفس الاسباب التى تحدث منها فى الكبد والطحال اهى بتأثير الاصابات المرضية المزمنة الشديدة كالداء الزهرى والتمسم الزبيقى والرائتسم والسل الربوى والتعجات المزمنة لاسيما التى تنحج عن تسوس العظام وتمركزها

وهذه الاستعمال تبتدى من جذر الاوعية على الدوام لاسيما جذر التلافيف الوعائية والمرابين الصغيرة وتكون فى الغالب قاصرة عليها ويعترى الطبقة البشرية للقنوات البولية مع ذلك التغيرات المذكورة فى المبحث الرابع ولذا ان تسمية هذا المرض بالالتهاب الكلى الجوهرى ذى الاستعمال النشوية مطابقة للمرض الذى نحن بصدده أكثر من تسميته بالاستعمال النشوية أو الدهنية وبالمبحث بالسكر سكوب لا يمكن تمييز الكلية المصابة بهذا المرض عن التى تكون مজেما لالتهاب جوهرى بسيط لكن يتأثير محلل اليود على الشقوق الرقيقة المفعولة فى الكلية زمنا قليلا يوضح اللون المحمر بالتلافيف الوعائية انصافا عظيميا مجرد النظر بحيث يمكن قبل البحث الميكروسكوبى عن النقط الجر الصغيرة العديدة المخالفة لاون

الاجزاء المصفرة المحيطة بها فعل التشخيص التشريحي مع التأكد  
تقر يبا وعند البحث بالمكروسكوب توجد عرى التلافيف الوعائية واضحة  
العرض وذات هيئة مخصوصة قليلة اللعان وكثيرا ما تظهر المحافظ المبيجة  
دوائر عرضة مستوية قليلة اللعان أيضا وعند وضع اجزاء الكلية المجهزة  
قبل البحث مدة من الزمن في محلول اليود المخفف تكسب لونا أحمر مصفرا  
واصفاهم اذا أضيف الى محلول اليود بعض نقط من حمض الكبريتيك تملون  
هذه الاجزاء بلون بنفسجي غير واضح أو أزرق داكن ويندر اشتراك الطبقة  
العمدية مع الاجزاء السابق ذكرها في الاستحالة النشوية وأندرم ذلك  
اشتراك الطبقة البشرية للقناة البولية مع ما ذكر

ثم انه متى أصيب شخص سليم من قبل بالاعراض الميئنة في المبحث الرابع  
وهي البول الزلالى وفقر الدم والاستسقا ونحو ذلك فلا بد وان يكون بعيدا عن  
العقل أنه مصاب باستحالة نشوية كونه بمحيط يكاد أن ينفى شكل هذا  
المرض مع التحقيق لئلا يصاب بمجموع هذه الاعراض شخصاً معتريه  
الداء الزهري البني المستعصي أو السل الرئوى أو تقيح من أو غير ذلك من  
الامراض المزمنة المهلكة كان من القريب للعقل جدا ان المريض مصاب  
باستحالة نشوية في الكلية أو بالتهاب كلوى جوهرى مصحوب باستحالة  
نشوية في جدر الاوعية وهو الاصح فان وجد عند المريض اتفاخ في الكبد  
أو الطحال وكان في ورم الكبد أو الطحال المدرك بالجلس الصلبة الواصفة  
للاستحالة النشوية تكسب التشخيص تأكيدا عظيما وقد اعتمد المعلم  
تروبه بالنسبة للتمييز بين الاستحالة النشوية والتهاب الكلوى الجوهرى  
البسيط على زيادة الثقل النوعى للبول وتلونونه الداكن في المرض الاول  
ونحن كذلك طبقا لما شهدتنا في السنين الاخيرة تحقق لنا صحة ذلك ونضيف  
اليه ان البول في احوال الاستحالة النشوية يتضح لساجلة مرات دكنة لونه  
بل وتلونونه بالاصفر المعمر المغاير للحالة الطبيعية وانه يوجد فيه كمية عظيمة من  
الانديكان كما قاله هو بسيلروا واصفة النضج الانبوى وكثرة الظواهر  
التمهية البولية أو قلتها فلا يرتكن اليها في التشخيص للتمييز بين الاستحالة  
النشوية البسيطة والتهاب الكلوى الجوهرى المضاعف بها وعلى كل

حال فالتمييز بين هاتين الحالتين قليل الأهمية في الطب العملي  
و بالنسبة لمعالجة الاستحالة النشوية للسكريات يقال ماذ كرهناه في معالجة  
الاستحالة النشوية للسكر والطحال ومن المشكوك فيه زوال هذه الاستحالة  
وشفاؤها وكل من الاستحضارات الحديدية ويورد الحديد الموصى بها يمكن  
ان يؤثر تأثيرا جيدا في المرض الاصلى لكن لا يمكنها إيقاف الاستحالة  
الكلوية وازالتها

المبحث الثامن في الاستحالة الجوهرية للسكريات

(المعروف بالاستحالة الحبيبية للخلية البشرية السكرية)

كثيرا ما توجد الكريات عند فعل الصفات التشريرية ذاتي قوام رخو قليلي  
الدم ولونها أحمر سحبابيا أو ممتعة متزايدة في الحجم قليلا وربما كانت على  
حجمها الطبيعي وعند شدة ما يمكن قسط مادة حبيبية عكرة أو سحبابية مصفرة  
كثيرة وهذه المادة تشغل على أخلية بشرية اما مجتمعة على هيئة حزم أنبوية  
أو متفرقة والخلية البشرية سميائية للجوهر القشري تكون منتفخة  
بارتشافها بمادة زلالية وهيئتها عكرة حبيبية رقيقة ويندر ان تكون مرصعة  
بكرات شمعية وآيلة لانسداد العنقري

وليس من الجائز اعتبار جميع تلك التغيرات من جملة الالتهاب السكرى  
ونسبته للاحتقان السكرى فان الالتهاب السكرى الجوهرى وان حصل  
في أثناء سيره انتفاخ الطبقة البشرية للقنوات البولية واعتراها الاستحالة  
والفساد يتميز ولا بد بشدة التغير المرضي وامتداده وبمحصوله حصولا قائما  
بنفسه وبطبيعته الالتهابية عن التغيرات المرضية التي نحن بصدد بحثها بحيث  
لا يجوز التباس هذين الشككين ببعضهما او جعلهما واحدا وكذا ليس من  
المحقق ولا القريب للعقل القول بان الاستحالة الجوهرية للسكريات ( كما  
سميناها في هذا المبحث لعدم ما هو أليق منها في التسمية ) متعلقة باحتقان  
كلوى وكذلك ليس من الواضح لنا الميل لنسبة هذا التغير الى انضغاط  
الشرايين السكرية والاحتقان الاحتمياى الناتج عن ذلك مدة الحمل ولو صح  
ان هذا التغير يشاهد احيانا في الشهر الخامس والسادس منه وحيث ان  
التغير المرضي الذي نحن بصدد في الطبقة البشرية لا يوجد الا في جنث

المالكين بامراض ثقيلة أو الحبابى والنفسا فلا بد من اتباع الرأى القائل  
 بان هذه الامراض الثقيلة والحمل التى مثلها يحدث اضطرابا عظيما فى البنية  
 بهما يمكن أن ينتج عن ذلك تأثيره فى تغذية المنسوجات وتأليفها  
 الدقيق ومن القرب للعقل ان هذا التأثير يمتد الى جميع المنسوجات ولو  
 كانت معرفته الى وقتنا هذا معلومة فى الكليتين فقط وتمايجه لم ندرک الا  
 فيهما ونحن وان لم يكن عندنا تحقيق فى كيفية تنويع التغذية والتأليف  
 الدقيق لجوهر الكليتين وغيرهما من الاعضاء بواسطة الامراض البنائية  
 والحمل الا أنه لا يستغرب مثل هذا التأثير على التغذية متى اعتبرنا  
 الاضطرابات الثقيلة فى الحالة العامة البنائية والتأثير العصبى المتعلق ولا بد  
 بتغيرات مادية فى مثل هذه الاحوال

ثم ان العرض الغالب بل الوحيد للاستحالة الجوهرية الكلووية هو ظهور  
 الزلال فى البول بحيث يسوغ القول بانه كما تكثر شاهدة البول الزلالى فى  
 أثناء سير الامراض البنائية الثقيلة والحمل توجد ولا بد استحالة متفاوتة  
 التقدم فى الاخلية البشرية الكلووية عند فتح الجثة وكثيرا ما يسأل  
 المشرحون المشتغلون بالشرح المرضى عن وجود الزلال فى البول مدة الحياة  
 أو عدمه ومن جهة أخرى لا يسوغ القول بان كل بول زلالى صاحب لاحدى  
 الحالتين السابقتين ينتج ولا بد عن الاستحالة المذكورة كما لا يسوغ القول مع  
 التما كيد بان كل استحالة فى الاخلية البشرية الكلووية ينتج عن زلال بولى  
 وانما احتواء البول على الزلال فى الاستحالة التى نحن بصدد هالايكون عظيم  
 الدرجة مطلقا كما فى التهاب الجوهرى الكلووى والاستحالة النشوية  
 وان ظهرت الاستحالة الجوهرية الكليتين فى أثناء سير أحد الامراض  
 الحمية الحادة فلا تودى مطلقا الى ظواهر استسقاءية فكثيرا ما تفقد هذه  
 الاخيرة فى الحمل ولو حصلت فى أثناء استحالة جوهرية كلووية وبول زلالى  
 وفى احوال أخرى قد يحصل استسقاء خفيف وفى النادر قد يرتقى الى درجة  
 عظيمة وبالجملة قد تصير هذه الاستحالة فى أثناء الحمل خطرة لما ينتج عنها  
 حين الوضع أو بعده من النوب الشجبية الا كمنسية التى سئذ كررها عند  
 الكلام على الامراض العصبية

ثم ان اتهمت هذه الاستحالة المرضية بالشفاف نزول ولا بد الاضطرابات الغذائية  
 للاخيلية البشرية الكاوية التي أدت لها ويكاد يزول كل من البول الزلالي  
 والاستسقا في غالب الاحوال عقب الوضع بقليل وذلك دليل على عدم  
 تماثل هذه الاستحالة للالتهاب الجوهري الكاوي فاننا نعلم ان معظم أحوال  
 الاكلمسيا عند الحوامل والنفسا من تبط ولا بد عرض عصبى لكن لا يجوز  
 مطلقا اعتبار البول الزلالي والاستسقا والنوب الاكلمسية نتيجة داء

يريكنت

ويماذ كرنه في سير الاستحالة الجوهريه للكليتين يتضح أنه لا حاجة  
 لذكر معالجة ذلك وأما المعالجة العرضية لنوب الاكلمسيا فسنذكرها فيما بعد

### المبحث التاسع

#### في سرطان الكليتين

أكثر التولدات الجديدة الخبيثة في الكليتين حصولا السرطان وسرطان  
 الكلية نارة يكون آفة أولية ونارة ينضم لغيره من التولدات السرطانية في  
 أعضائه اخرى ويكون اذ ذلك تابعيا واغلب مشاهدة هذا المرض عند تقدم  
 السن لكن لا مانع من مشاهدته كثيرا في الشبوية بل وعند الاطفال أيضا  
 وأكثر أشكال السرطان الكاوي مشاهدة هو السرطان الخبيث وأندرمه  
 الاسكيري والسرطان الهلامي ويشاهد الشكل الاول على هيئة عقد مختلفة  
 الحجم تمدد الجوهري الكاوي وتزيله وقد تمت هذه الاستحالة السرطانية من  
 محل منشؤها الى المنسوجات المجاورة بحيث يستحيل الجوهري الكاوي الى  
 مادة سرطانية وهذا ما سماه روكنسكي بالارتشاح السرطاني والكلية  
 المصابة بهذه الاستحالة قد تكتسب حجما عظيما جدا وتكون ورما ذا  
 تحدبات في حجم رأس الطفل وكثيرا ما تمتد الاستحالة المرضية الى البريتون  
 والعقد الليمفاوية المجاورة وأربطة وسحاق الفقرات البطنية أو تهز في  
 تجويف الكؤوس الكلووية والحويض الكاوي وفي باطن الاوردة المجاورة  
 للكلية أيضا وسرطان الكلية كثيرا ما يضاعف بسرطان الخصيتين كما ان  
 الاستحالة الدرنية الكلووية تعجب الاستحالة المماثلة لها في الخصيتين ويحصل  
 كثير انزيف غزير اما في باطن الاستحالة السرطانية أو حولها وفي هذه



الحالة الاخيرة ينسكب الدم في تجويف البطن أو في المسالك البولية  
وهذا المرض كثيرا ما يبقى خفيا مدة مديدة وبالجملة التي تتزايد بالتدريج  
بدون اسباب معلومة يستدل بغلبة الظن على تولد جديد خبيث في ذلك  
العضو الذي يعسر الوصول اليه باللمس والآلام القطنية يمكن ان تفقد في  
هذا المرض بل واذا وجدت لا تكون واصفة وكذا الافراز البولي قد يحصل  
بدون اضطراب فيكون البول اذ ذلك خاليا عن الدم وكذا المادة الزلالية  
في الابتداء لكن الغالب انه متى تقدم المرض وصار حجم الكلية المتسرطنة  
عظيما وكانت جدر البطن مسترخية دقيقة يمكن الاحساس بالورم عند  
جسه والذي يميز أورام الكلية المتسرطنة عن أورام الكبد والطحال شكل  
الورم سيما عدم تحركه فان الكلية المصابة لا يمكن تزحها ولا تتبع حركات  
الجذب الحاجز وبالسرطانات الكلوية العظيمة في الكلية اليمنى يمكن تحوّل  
الكبد بكيفية واصفة نحو الانسية والتوائه على محور الطول بحيث ان  
سطحه المقعر يلامس في امتداد عظيم من جدر البطن وكان كلامنا عن البول  
الزلالي والدم يفقد في أثناء سير السرطان الكلوي كذلك يكثر مشاهدتهما  
فيه خصوصا عند تقدم سير المرض والتزيف اما ان يحصل من اوعيته هذا  
التولد المرضي الخبيث البارز في المسالك البولية واما ان يكون نتيجة  
الاحتقان الشديد في الاجزاء المحيطة به والبول الدموي في هذا المرض  
كثيرا ما يكون فيه غزير جدا وقد يكون واضح الظهور جدا بحيث يكون  
هو العرض الرئيس وهلاك المريض بهذا المرض يحصل اما عقب النهوكة  
وتكرار التزيف واما عقب ظهور سرطانات أخرى في اعضاء مهمة للحياة  
والعلاج في هذا المرض لا يثمر ويكفون قاصر اعلى حفظ قوى المريض  
وتلطيف الانزفة الغزيرة وعند وجود انقادات دموية في المثانة ينبغي  
اجراجها على حسب قواعد الجراحة

### ٥ المبحث العاشر في الدرن الكلوي

للدرن الكلوي شكلان تيمنا بالروكنا نسكي الاول يكون في اغلب الاحوال  
ظاهرة من ظواهر الاصابات الدرنية العامة أي المنتشرة في جملة من الاعضاء  
ففي الدرن الدخني الحاد توجد التجمعات الدرنية السحائية المنتشرة في

البريتون والبليورا والرئتين ونحو ذلك وكذا في الطبقة العميقة للكليتين بل  
وفي نفس جوهرهما أيضا وفي الدرن الدخني المزمع المنتشر توجد أحيانا  
تراكمات درنية عظيمة الحجم ذات لون أصفر جبني في الكليتين لكن يندران  
يشاهد فيهما بورات أو كهوف درنية مملئة بصديد درني وهذا الشكل لا يحصل  
منه الا اضطراب قليل في وظيفة الكلية ولا يمكن معرفته مدة الحياة وأهميته  
حينئذ تكون تشريحة مرضية فقط وليس له أهمية أكلينية

وأما الشكل الثاني فيكاد يكون على الدوام مضاعفا بدرن الخنصية والبروستة  
والحوصلات المنوية والحالبين ولا يكون هذا الشكل مسبوقا  
على الدوام بالدرن الرئوي بل يضاعفه في الغالب عند انتهاء سيره  
وهذا الشكل كثير اما يكون أوليا ذاتيا أو لياذا تباى فائما ينسب بدون اصابة درنية رئوية  
لكن الغالب أن ينضم الى الدور المتقدم من الدرن الرئوي ويبتدئ هذا  
المرض دائما بارتشاح درني في الغشاء المخاطي للوويض يؤدي لتقرحه ويمتد  
الارتشاح الجبني من الحويض الى الاهرام البولوية فيصل محلها انبعاثات  
متقرحة وحينئذ يزداد حجم الكلية ازديادا عظيما وتكون ذات هيئة غير  
منتظمة محدودة بوجودها بواطنها بورات عظيمة محتوية على تقييدات درنية  
أو على بورات جفنية أو كهوف مملئة بمواد صديدية درنية وهذا الشكل يمكن  
ان يكون ذا صيرخفي وانما باصطحابه دائما بالمضاعفات الملازمة التي ذكرناها  
يسهل تشخيصه فحي وجددت تغيرات عضوية مرضية في قنوات البول  
مصحوبة بخروج مواد مخاطية أو صديدية أو دموية أحيانا مختلطة بالبول  
وكان هناك انتفاخ درني في الخنصية يزداد اعلى الطبيعة الدرنية لاصابة  
المسالك البولوية ساغ القول بان الافة الدرنية لهذه المسالك امتدت الى  
الكليتين ويتأكد تشخيص ذلك متى أمكن الاحساس بورم محدودب  
في قسم الكليتين خلف الجدر البطني

\* (المبحث الحادي عشر) \*

في التولدات الطفيلية للكليتين

أكثر هذه التولدات الطفيلية وجودا في الكليتين هي الايكينوكوك أي  
الديدان الحوية صيلة وذات الكلايب لكن وجودها فيها أقل منه

في الكبد والسبب الاصلى له هذه التولدات الطبقية في الكليتين هو  
 وصول قفس الدودة الشريطية الى القناة المعوية لكن لا يعلم سبب سبج  
 هذا القفس من القناة المذكورة ووصوله الى اعضاء مختلفة من الجسم والى  
 الكليتين في احوال مخصوصة ثم ان اوصاف اكياس الديدان الحوية يصلية  
 للكليتين كما ووصاف الاكياس الديدانية الحوية يصلية للكبدية والطحالية  
 فانها تكسب حجما كقبضة اليد او رأس الطفل وتكون محاطة بغلاف لبني  
 وهذه الاكياس يمكن ان تقع في حالة الضهور أو تنفجر وينسكب مضمحلها في  
 اتجاهات مختلفة وقد ينشأ عنها التهابات وتقيحات في الاجزاء المجاورة بل  
 وانثقاب الخراجات الكلوية المتكونة بهذه الكيفية اما في تجويف البطن  
 او المصاء أو الكؤوس أو الحويض الكلوى

ثم ان اعراض نمو الاكياس الديدانية في الكليتين قد لا توجد بالكليتين وقد  
 تشتمل المرضى بالامصماء في قسم الكليتين لكن لا يمتد على هذا العرض  
 غير المحدود وانما يغلب على الظن تشخيص هذا المرض بوجود روم في قسم  
 الكليتين غير منتظم ذي تحدبات سهامتي أمكن نفي القول بوجود سرطانها  
 ودرنهما واستسقاها كما سيأتى بيانه والذي يؤثر كدالتشخيص خروج  
 حويصلات ديدانية ايكوكوكية أو بقاياها مع البول فان الحويصلات  
 الشفافة يسهل معرفتها عند ايجت بالمكروسكوب لثمة طبقاتها وهي جدر  
 الحويصلات البنيتية وهذه الحويصلات يمكن ان ينشأ عن خروجها مع البول  
 ومرورها من الحالبين اعراض مغص كلوى سيما عند الرجال

وأند من ذلك مشاهدة الديدان الحوية يصلية ذوات الذنب والاسطوانية  
 العظيمة وللأخيرة مشابهة بالديدان الحويصلية وطولها من نصف قدم الى  
 ثلاثة وتختنقها بعض خطوط وشكلها اسطوانى ولونها أحمر دموى اذا كانت  
 حديثة ولها في طرف الرأس ست حلمات محيطة بالقدم وبطرفها الذنبى يوجد  
 في الذكور منها غمد قمعى الشكل يخرج القضيبي منه والاعراض التي تنتج  
 عن هذه الديدان الطبقية وكيفية وصولها الى الكليتين مجهول علينا

\* (المبحث الثاني عشر في العيوب الخلقية للكليتين) \*

واختلاف شكلها واماواضعها

من العيوب الخلقية للكليتين فقد احدها واستيقاضها بالآخرى مع ازدياد

حجمها وبقاء الافراز البول على حاله ومن التصاقها ببعضها واختلاف  
 أوضاعها ماسما ووضعها غير الطبيعي مع قهرهما وهذا العيب الاخير له  
 اهمية كائنيكية وكثيرا ما يمكن تشخيصه مدة الحياة بصفة شكل العضو  
 المتحرك الخاص بالكليّة الذي يكون على شكل حبة اللويبة العظيمة  
 ويمكن نزحها في اتجاهات مختلفة وهذا العارض وان كثرت مشاهدته  
 كعيب خلقي قد يحصل حصولا عارضا من ارتجاج الجسم ارتجاجا عظيما  
 بسبب السقوط مثلا من محال مرتفعة جدا وقد تحدث الكليّة المتحركة عند  
 المريض نوع ابو خنذاريا أو أعراض التمايية موضعية في البطن وليس  
 للعلاج الطبيّة تأثير في شفائها هذا العارض غير انه يجب على الطبيب  
 الا يهمل استعمال اخزمة هريرة مرنة سبما عند الاطفال ذوي الجدر  
 البطنية الرخوة وأهمية جميع ذلك من خصوصيات التشریح المرضي

الفصل الثاني في أمراض الحويض والحالب - بن

(المبحث الاول في تمدد الحويض مع ضور جوهر الكلي)

المعروف بالاستسقاء الكلوي

\* كيفية الظهور والاسباب \*

متى امتنع سيلان البول من الحويض بواسطة الحالبين الى المثانة تجمع هذا  
 السائل في الحويض والكؤوس البولية ومتى ازداد توتر الحويض ازداد  
 عظيما حصل انسداد في فوهات الانابيب المستقيمة الكائنة في الحلمات  
 الكلوية بواسطة الضغط الواقع عليها وكذا تنضغط نفس الحلمات  
 أيضا وبذلك لا يسيل البول في الحقيقة من الكليتين الى الحويض فتقدر  
 هذا العضو الاخير كان حقه ان لا يتزايد تزايد عظيما لكن حيث ان الحويض  
 والكؤوس البولية مغشاة بغشاء مخاطي مفرز لمواد مخاطية فهذه المواد تختلط  
 بالبول المتجمع في الحويض ولا تسيل مثله وبذلك يزداد تجمع السائل  
 في الحويض بحيث يعظم تمدده تدريجا بسبب الضغط الواقع على الحلمات  
 البولية يحدث فيها تفرطيم وضور في جوهر الكليّة يصل أحيانا الى درجة  
 الزوال بالكليّة

ثم ان انسداد الحالبين يحصل أولا اما عقب وجود حصيات متحسسة فيه ما على

الدوام أو عقب الضغمة الواقعة عليهم بالاورام المجاورة لهما أو أترنيدية منكبسة  
في البر يتون المغطى لهما أو تولدات مرضية جديدة سيما السرطانية  
السكائنة في المنسوج الخلوي تحت البر يتون وقد يفسد الحالبان أيضا  
عقب التهابهما الذي يؤدي لانتفاخ غشائهما المخاطية والتصاق جدرها  
ببعضهما وكما كان العايق جهة الاسفل اى جهة المثانة كان الجزء المتمدد  
من الحالبين أكثر امتدادا

وقد يحصل تمدد خفيف في المسالك البولية بسبب وجود عايق يمنع انقذاف  
البول ما في المثانة او في قناة مجرى البول لكن حيث ان التمدد في هذه  
الاحوال يكون عاما للجهتين فتمدد الحو: بعض لا يحصل الدرجة عظيمة جدا  
بحيث ينشأ عنهما انسداد فوهات الحلمات الكلوية بدون تمديد الحياة وهما  
يعسر ادراكه كثرة وجود اسنقاآت كلوية من درجة في الجثة مع انها  
ولا بد كانت موجودة من منذ زمن طول حال الحياة

\* (الصفات التشريحية) \*

في الاحوال الخفيفة للاستسقاء الكلوي تكون الحلمات تبعالروكتنسكى  
صغيرة متكاثفة جلدية القوام ثم تزول شيئاً فشيئاً من قبوة الكؤوس المتددة  
وأما جوهر الكلية السكين اعلاها في تناقص سمكه ويتكاثف منسوجه ثم  
يصير جلدى القوام من نوافى الاحوال المتقدم فيها التمدد جدا لا يصل  
بملك الجوهر الكلوي الا بعض خطوط قليلة أو خطأ واحد ابل قد يتلاشى  
بالكلية ويحصل محله كيس ذو فصوص من الظاهر وتجاويف متعددة  
من الباطن منلية بسايل بولى عكر محتوية على رسوبات مختلفة أو بسايل  
مصلى شفاف ويظهر بعض الجيوب التي بين تجاويف هذا الكيس فتختلط  
ببعضها وهذه الاكياس كثير اما تصل الى حجم رأس الطفل بل ورأس الكهل  
أيضا وكذا تمدد الحالبين يختلف في العظم فقد يصل لحجم المعال الدقيق أو  
أكثر وتكون جدرها حينئذ نخبنة وذات تعرجات على هيئة التلافيف  
المعوية

\* (الاعراض والسير) \*

لا يمكن معرفة الاستسقاء الكلوي وتشخيصه الا اذا وصل الى درجة عظيمة

فان سيلان البول غير ممنوع بالكليّة من احد الحالتين وفي هذه الحالة  
لا تنقص كمية البول المنفرزلان الكليّة السليمة ثمّ من الكليّة المريضة  
وقد لا توجد الام في القسم القطبي وحينئذ تكون الاعراض التي يعتمد عليها  
في تشخيص هذا المرض هي وجود ورم في القسم الكلوي قليل التوتر  
وذى تموج غير واضح وفي الاحوال التي يزول فيها العائق المانع لسيلان  
البول من الحويض زوالا وقتيا يمكن تناقص هذا الورم فتاقدور يا وهذه  
علامة مهمة في تشخيص هذا المرض واذا حصل التهاب الكيس كما في  
بعض الاحوال ينتج عنه الام وقشعريرة شديدة ويمكن ان يجهه الصديد  
المتكون فيه الى اتجاهات مختلفة فيحدث عن ذلك تنوع في مجموع اعراض  
هذا المرض ثم اذا امتد العائق المانع لجرى البول في أحد الحالتين الى  
الآخر بحيث لا يمكن وأصول البول من الكليتين الى المثانة فيمنع افراز  
البول منهما فتهلك المرضى في أقرب وقت باعراض التسمم البولي

**\* (العلاج) \***

هنا وجود عائق في قناة مجرى البول يتيسر بواسطة القسطرة المتكررة  
منع تمدد مجازى البول أو إيقاف تقدمه ان حصل في بعض الاجزاء وأما تمدد  
الحويض المصوب بضمور في الجوهر الكلوي الناشئ عن انسداد الحالبين  
فليس للصناعة اقتدار على زواله ما لم يكن ناتجا عن أورام ضاغطة عليهما  
ويمكن ازالة ذلك باعمال جراحية او وسائل دوائية

**(المبحث الثاني في التهاب الحويض)**

**\* (كيفية الظهور والاسباب) \***

يندر أن يكون الغشاء المخاطي للحويض مجلسا لالتهاب ذي غشاء كاذب أو  
دفتيري وهذا الشكل يشاهد خصوصا في الامراض التسممية البنية  
كغيره من الالتهابات الموجودة في أغشية مخاطية اخرى واكثر الامراض  
التسممية انتاجا لهذا الالتهاب في الحويض هي التيفويد الهيمى وقد ينشأ  
هذا الالتهاب عن اشتداد الالتهاب النزلي للحويض سيما التهاب الحويض  
الحصوى واما التهاب الحويض النزلي فيكون في غالب الاحوال ناشيا عن

٥٥  
تمهيج الغشاء المخاطي الحويضي بسبب التجمعات الجريه فيه وهذا هو المعروف  
بالتهاب الحويض الحصى وقد يحصل التهاب الحويض النزلي ايضا بكيفية  
مشابهة لهذه الكيفية عقب تراكم البول المنفسد في الحويض وتهيجه بواسطة  
النوشادر ويندر ان يكون هذا الالتهاب ناشئا عن جواهر حريفة اتت من  
الخارج ودخلت باطن الجسم ثم انقذت مع البول كالزرار مع الجواهر  
الباسمية او الرانجية وكثيرا ما يشاهد امتداد الالتهاب المجري السيلاني  
الى المثانة ثم الى الخاليس فيؤدي لالتهاب نزلي في الحويض  
وكثيرا ما تضعف الدرجات الخفيفة من التهاب الحويض النزلي داء بر يكت  
وقد يظهر هذا الالتهاب احيانا في اثناء سير الحمل وادوار التنفوس الاخيرة  
ودور النفاس في الامراض الطيفية الحادة وقد يصاحب الشكل النزلي  
من التهاب الحويض الاسكريوط وداء الفم للطبيب ورل هوف  
\* (الصقات التفريرية) \*

في التهاب الحويض ذي الغشاء الكاذب والدفنيري يوجد الغشاء المخاطي  
مغطى بنضج غشائي أو مستحيل الى خشكر يشات دفتيري به يعقب انفصالها  
وقد جوهر غير منتظم في الغشاء المخاطي  
وفي التهاب الحويض النزلي يكون الغشاء المخاطي في الاحوال الحديثة  
محتقنا محمرا كدميا سيما في شكله الاسكريوطي ذار خاوة ومغطى بمادة  
مخاطية صديدية ومتى استمر المرض مدة طويلة تناقص الاحمرار واكتسب  
هذا الغشاء لونا متغيرا و يصير منقعا والسطح الظاهر مغطى باملاح بولية  
أو كلسية على هيئة قشور ويكون الحويض اذذاك ممتد اذا جدر تخينة ولا  
يندر ان يعثرى جوهر الكلسية ضمورا كافي الاستسقاء الكاوي وعند استمرار  
التهيج الميخانيكي يمكن ان يحصل اخيرا تقرح في الغشاء المخاطي بل تنقب في  
جدره وارتشاح البول في المنسوج الخلوي المحيط فيحصل فيه فساد وتقرح  
والخراجات المكونة بهذه الكيفية يمكن ان تنقب في اتجاهات مختلفة  
كتجويف البريتون أو نحو الخارج وبذلك تكون قنوات ناصورية  
مستطيلة غالبا أو في المعاء أو الاعضاء المجاورة بعد حصول التصاق بينها  
وقد يمتص السائل المحتوي عليه الحويض بالتدريج وحينئذ يفهم ويستحيل

الى منسوج ندي يابس المتجصل المنكاثف فيمنسد الحالب ويستحيل الى  
حبل وتري

\* (الاعراض والسير) \*

الالتهاب الحويضي ذو الغشاء الكاذب أو الدفتيري لا يمكن معرفته مدة  
الحياة فإنه في الغالب ظاهرة من جملة الاضطرابات الثقيلة المنتشرة الناشئة  
عن الامراض التعممية العامة كالتعمم العفني للدم والجدرى والقرمزية  
والتيقويد الهبضي وأما ان ارتقى الالتهاب الحويضي النزلي المحسوس الى  
الالتهاب ذي الغشاء الكاذب أو الدفتيري فينقذف مع البول ههنا  
أو ندف غشائية

وأما الالتهاب الحويضي النزلي الحاد فقد يتدأ بنوبة قشعريرة أو بعدة نوب  
و بصطع بظواهر حمية واضحة ويوجد اذ ذلك الام في القسم الكلوي تمتد  
نحو الخنسية والفخذ وتزيد بالضغط على هذا القسم وكذا التي العرضية  
يكاد ان يوجد هلى الدوام في هذا المرض خصوصاً في الشكل الذي يحدث عن  
امتداد الالتهاب المجرى السيلاني الى الحويض ويوجد على الدوام زحير بولي  
متكرر ولم والافراز البولي تبعاً لآلم ابواسر متزايداً ياد اعظيما وهذه  
الظاهرة توجه بالاحتمان النغمى الجانبي الكلوي في الاوعية الصادرة من  
المحافظ المبيجية ولا يتناقص هذا الافراز الا في الاحوال التي يكون فيها  
الالتهاب الكلوي الفلغموني اى الخلوي مصاحباً لالتهاب الحويض وكثيراً  
ما يحتوي ابتداءه على كمية قليلة أو كثيرة من الدم وكرات صديدية وأخيلية  
بشرية مترا كبة أو متراكمة على بعضها واذا اسقر هذا المرض زماناً طويلاً  
وجد البول محتاطاً بكمية عظيمة من القيح فيكون متعكراً وقت خروجه من  
المثانة وعندئذ كهسا كئير سب منه اسباب ايض مصفر واضح الانفصال  
ولكون السائل الكائن اسفل الراسب محتوي على مصل القيح يشاهد فيه  
بعد ذلك أو إضافة بعض نقط من حمض الازوتيك اليه الانقادات الواصفة  
لبول الزلالي وبالبحث عن هذا الراسب بالنظارة المعظمة يرى انه مكون من  
هذه كرات قحجية وأخيلية بشرية متغيرة وفي الالتهاب الحويضي المحسوس  
قد يحصل انقطاع كلي في سيلان البول من الحويض المرض بواسطة



التجمع الحصى وحيث ان البول المستقرغى هذه الحالة يكون آتيا من  
الكلى ذات الحوى السليم يقذف ولا بد بول صاف مع ازدياد جميع مشاق  
المرىض ومكابداته وعند زوال الانسداد يصير البول عكرا كما كان وقد  
شاهدنا حالة من هذا القبيل كانت فيها المريضة تعلم من تجاربها ان  
الالام تزل ترتقى عندها مادام البول صافيا وكانت تمنى الوقت الذى يعود  
فيه استفراغ البول التقيحى

ثم ان الالتهاب الحوى يضى المزمع يمكن ان يحدث نهوكة بسبب التقيح  
المستمر والحى المستطيلة بل قد يؤدى للنهوكة والاستسقاء العام والموت  
والاحوال التى يكون فيها هذا الالتهاب ناتجا عن الحصيات الحوى يضية  
يشاهد فيها ثوران الالتهاب الحوى يضى المزمع زمنا قزما وارتقاؤه الى الحالة  
الحادة لاسيما عند ارتجاج الجسم أو حصول نزفة دورية تسرع فى نهوكة  
المرىض والاحوال المهدة بحصول التثقب الكلى تظهر بالام  
شديدة جدا فى الظهر وتآلم شديد عند حركات العمود الفقرى وجذب الفخذين  
وارتقا الحى وتكرار العشريرة واذا حصل التثقب وتكون خراج فى المنسوج  
الحوى المحيط بالكلى ظهرت الصورة المرضية الواصفة للالتهاب الكلى  
المحيط أى الدائرى وان انتقب الخراج فى تجوف البريتون هلكت المرضى  
بسرعة بظواهر الالتهاب البريتونى الحاد القتال وان انحدر التقيح الى  
اسفل تكونت خراجات انحدرية اما فى الجزء السفلى من الظهر أو اسفل  
رباط پوپار أو الجمان وان حصل التثقب فى الجمان خرجت مواد قيحية مع  
البراز وفى اثناء ذلك يصغر الورم المحسوس أو يزول بالكلى ويحصل هذه وقته  
عند المرىض

وليس سهلا على الدوام معرفة كون الحوى يضى الكلى أو المثانة ينبوعا  
للبول التقيحى فان الزحير عند التبول قد يكون مؤلما جدا فى الالتهاب  
الحوى يضى بدون اشتراك المثانة واستفراغ البول محسوبا باحساس مؤلم فى  
قناة مجرى البول وفى كل من الالتهاب الحوى يضى والمثانى المزمعين  
يشتمل البول على كثير من الاخلية القيحية تكسبه هيئة عكرة وترسب عند  
تركه ساكنا كما كراسب ابيض مصفر والقول بان الصفات الحضية لهذا البول

تدل على التهاب الحويض بخلاف صفاته القلوبية فانها تدل على الالتهاب  
المثاني ليس بحقيقي وذلك لان البول في احوال النزلات المثانية المزمنة بل  
والعتيقة منها يكون فيها ذخاوص حضية عادة ولا يبصر قلوبا الا في احوال  
مخصوصة سنشر جه عند الكلام على النزلة المثانية وبكتسب حينئذ هذه  
الصفة عند مكثه في المثانة وكذا العلامة التي كنت أعتمد عليها سابقا في  
التمييز بين التهاب الحويض والمثانة وهي انه في احوال النزلة المثانية المزمنة  
يكون الراسب القبيح مختلفا بكمية عظيمة من المواد المخاطية بخلاف ما في  
الالتهاب الحويضي المزمع فان البول لا يكون محتويا على اثار من المواد  
المخاطية ليست مطردة والمواد المخاطية التي تخرج مع البول في بعض  
احوال النزلات المثانية المزمنة هي منحصلة الاستحالة المخاطية التي  
تعترى الافراز القبيح لافشاء المخاطي المثاني بتاثير التخمر القلوي فان لم  
يتر البول في المثانة هذا الانحلال فانه لا يحتوي على مواد مخاطية عقب  
خروجه حالا ولكن ان ترك البول الذي يحتوي على مجرد راسب قبيح سواء  
كان آتيا من المثانة او من الحويض في قارورة او كوة مفتوحة حتى يحصل  
التخمر القلوي شوهد ان راسبه يصير لزجا مخاطيا فعلى هذا ان تيسر وجود  
جلة طيفقات بشرية مغزلية الشكل منضمة الى بعضها لاسيما في ازمة تكون  
فيها المرضى فعلت حركات شاقة يجوز الحركم ولا بد بان الاصابة المرضية  
في الحويض وايضا في الاحوال التي فيها تشكى المرضى بالام في قسم احدي  
الكليتين تشتمع منه الى الحويض والخصيتين لا ينسني الوقوع في الخطاه  
بسبب وجود الزحير البولي وتشخيص الالتهاب في الحويض

### \* (المعالجة) \*

يقال في معالجة الالتهاب الحويضي النزلي الحاد ما قيل في معالجة الالتهاب  
الكلوي الخلائي الحاد فيؤمر للمريض ابتداء برسائل العلق أو وضع المحاجم  
التشريبية على قسم الكليتين ووضع الكمادات الباردة وعند وجود الام  
شديدة جدا وازحير بولي متعب قد تعطى المركبات المسكنة والحقن تحت  
الجلد بمحلول المورفين وبتعاطي كمية عظيمة من المشروبات المائية لاجل ترفيق  
البول ويمنع من استعمال الاطعمة والمشروبات المملحة والمزوجة بالاغذية

وكذا استعمال المياه القلوية الطبيعية والقلوية المحلّية كغيشي وكرلوس باد  
 وإذا استطاعت مدة المرض أمر المريض باستعمال الحمامات الفاترة والمكث  
 فيها مدة طويلة ومع ذلك تستعمل الحمامات الفاترة على قسم الكليتين  
 وكثيرا ما يحصل النجاح في هذا المرض من استعمال مياه الينابيع الساخنة  
 جدا شربا واستحماما وقد أوصى بعض الأطباء في هذا المرض باستعمال  
 الكافور لما يعهد فيه من جودة نجاحه في أحوال تهيج المسالك البولية  
 والأحوال المزمنة المعهودة بتهيج غزير يؤمر فيها باستعمال القوابض  
 والمختار منها كما ذكرنا من التذنب وفي مثل هذه الأحوال يجوز استعمال  
 الجواهر البلسمية لاسباب لم الكوباي وقد أوصى أبو بكر باستعمال ماء  
 الجير بمقدار من ٣٠٠ جرام الى ٨٠٠ مع مقدار مساو له من اللبن

### (المبحث الثالث في التجمعات الحصوية)

للحويض والمنعص الكاوي

#### \* (كيفية الظهور والاسباب) \*

قد توجد في القنوات البولية المستقيمة وفي حلمات الكليتين رواسب جبينية  
 تسمى بالسدد الحصوية البولية ان كانت متكونة من املاح بولية أو بالسدد  
 الكلسية اذا كانت متكونة من املاح كلسية وبالجملة ان كانت مشتملة على  
 مواد جبينية وبلورات هيماتودينية تسمى بالسدد الدموية أو الجبينية  
 وقد تكون هذه السدد متكونة من املاح فسفات فوسفاتية مغنيسية  
 فاما السدد الحصوية البولية فاكثرت مشاهدتها في الاطفال المولودين حديثا  
 وأسبابها غير معروفة والقول قديما بان هذه السدد لا توجد الا في الاطفال  
 التي كانت تنفست وان وجودها في ريمهم من حقيقة الطب السياسي لم يثبت  
 بالمشاهدات الجديدة فان هذه السدد قد وجدت في الاطفال المولودين موفى  
 بل وفي الاجنة وكذا كيفية ظهور السدد الكلسية واسبابها وكذا الرواسب  
 الفسفاتية المشتملة القاعدية في القنوات البولية والاهرام مجهولة ويكثر  
 وجودها في البالغين عن الاطفال واما التجمعات الحصوية في الحويض فانها  
 تتكون من نفس الاسباب التي تنشأ عنها الحصيات المتأخرة وسبب أتى ذكر  
 كيفية ظهورها واسبابها عند الكلام على الحصيات المتأخرة وكثير من هذه

الحصيات بل اغلبها يتكون ابتداء في الحويض ويصل الى المثانة بواسطة  
الحالبين وهناك يتزايد حجمها شيئاً فشيئاً بواسطة الرسوبات التي تتراكم عليها

**\* (الصفات التشريحية) \***

يشاهد في السدد الحصوية البولية عند شق الاهرام خطوط مصفرة ممتدة  
على سير القنوات البولية وبالبحث الميكروسكوبي ترى هذه القنوات ممتلئة  
بمادة مسودة حبيبية اذا اضيف اليها بعض نقط من الحوامض تزول ويحصل  
محلها بلورات من حمض البولييك وقد تنشأ في الجنين تبعاً لفرجه وفي تمددات  
في القنوات البولية وتولدات كيميائية عقب انسداد تلك القنوات وفي السدد  
الدموية البجينية يشاهد أيضاً في الجوهر المرعي اشمرة مخرجة ضاربة الى  
الصفرة وعند البحث بالمكروسكوب ترى القنوات البولية الملتصقة فيما ذكر  
ممتلئة بمواد حبيبية أو كرية وبالبلورات الهيماتود بنية المعالومة وفي السدد  
الكلسية توجد في الاهرام اشمرة بيضاء مصفرة وعند البحث بالمكروسكوب  
توجد مواد مسودة حبيبية في القنوات البولية تزول بعد اضافة بعض نقط من  
حمض الطعام مع تصاعد غاز منها والرواسب الفسفورية المثلثة القاعدة التي  
تكون أيضاً اشمرة مبيضة مصفرة في الاهرام قد تتجمع أحياناً وتكون  
حصيات صغيرة في حجم حب الدخن ويمكن أن ينتج عنها تقيح في جوهر الكلية  
وأما التجمعات الحصوية التي توجد في الحويض والكؤوس فتكون ذات  
تركيب كيميائي ومسامية لتركيبة الحصيات المثانية وتختلف في العظم  
والشكل والعدد واصغرها يكبر عن حجم حبة الدخن وشكلها مستدير غالباً  
أو كشكل الكؤوس الكلوية واعظمتها حجماً كبيضة الحمام أو الدجاج  
وتتلا الحويض امتلاء محكم وتكتسب شكل الحويض وكؤوسه

**\* (الاعراض والسير) \***

العلامة الوحيدة للسدد الحصوية البولية عند الاطفال المولودين جديدها هي  
وجود رسوبات حبيبية مخرجة دقيقة في لثايقهم وتزول بعد اسابيع وأما  
التجمعات الكلسية والفسفورية المثالية القاعدة في القنوات البولية فلا  
تعرف مدة الحياة ولا يمكن الظن بوجودها  
وأما التجمعات الحجرية للحويض فقد لا ينشأ عنها في كثير من الاحوال ادنى

عرض وكثيرا ما يرى بعض حصيات بولية آتية من الحويض تنقذف مع البول بدون ان تشتكى المرضى قبل انقذافها بادنى مكابدة وفي احوال أخرى قد ينشأ عن الحصيات الحويضية انزفة كلوية يوقظ تردداتها الدوري سيما عقب ارتجاج الجسم فيظن بوجود حصيات كلوية وقد ينشأ عنها في احوال أخرى علامات التهاب الحويض الحصى وأنه يوجد عند المرضى احساس بثقل في قسم الكليتين أو الام تحصل خصوصا عند ارتجاج الجسم بنحو الركوب أو عقبه وتتسمع تلك الآلام نحو المئانة والخصية بين ولا يمكن بهذه العلامات الحكم ولوظنا به كون نجمعات حصوية في الحويض أو وجودها فيه فانه يمكن توجيهها بغير ذلك الا اذا ارتقت الآلام زمانا مع حركة حمية خفيفة وشوه في البول عقب هذه الثورات واسبب حبيبية أو تعقدات ليفية موشحة براسب متباورة ومشتبهة على بعض كرات دموية أو نجمعات حصوية خفيفة فتوجه حينئذ بما ذكر

ثم ان انتقال الحصوات البولية من الحويض الى الخالبين ومنها الى المئانة قد يكون في بعض الاحوال مصحوبا بجموع اعراض مخصوصة تسمى بالمغص الكلوى وفي الحقيقة يمكن ان ينتج هذا المغص أيضا عن تعقدات دموية أو حيوانات طفيلية حين نفوذها من الخالبين بل ومن الجائز ان تشجع الخالبين ينتج عنه في بعض الاحوال مجموع اعراض المغص الكلوى الذى نحن بصدده لكن جميع هذه الاحوال نادرة جدا بحيث لا تذكر بالنسبة لحصول مجموع اعراض المغص الكلوى من مرور الحصيات البولية ولذا كان الاوفق الكلام على المغص الكلوى هنا

ولا يعلم لماذا ان بعض الحصيات البولية العظيمة الحجم عظما نسبيا قد تمر من الخالبين بدون ان ينتج عنها اعراض المغص وأنه في احوال أخرى قد ينتج عن مرور الحصيات الصغيرة جدا اعراض مغص كلوى غير مطابقة ولولم تكن هذه الاخيرة ذات سطح كثير التحدبات والزوايا وفي المغص الكلوى يحصل ابتداء الام شديدة جدا فجائية اما بدون سبب أو عقب ارتجاجات جسمية وهذه الآلام تتمدمم الكلية نحو المئانة وتخذ هذه الجهة المريضة وخصيتها وتصطبب بضمجر عظيم بحيث تصبح المرضى وترعى نفسها على فراشها

وتاتوى ويكون وجهها باهتا ومغطى بعرق بارد ويصغر بنصفها جدا في مثل  
 هذه الاحوال وتبردا يديها وأقدامها ويوجد زحير بولي مع تناقص في افرز  
 البول وينضم لهذه الالام الشديدة والاضطرابات العصبية الخودية الثقيلة  
 هثيان قئ وهذا العرض الاخير هو السبب غالباً في عدم معرفة المرض  
 والتماسه اما بالمغص الحصى الصفراوى أو بالمغص المعوى وقد تظهر عند  
 الاشخاص الكثيرى الحساسة تشجان تعتبر ظواهر انعكاسية وقد يحصل  
 تحسين وقتى وانحطاط في مكابدات المريض لكنه عما قريب يحصل ثوران  
 شديد آخر وفي بعض الاحوال قد تأخذ الالام في الازدياد مع الارتقاء ثم  
 دفعة واحدة كما ظهرت ويحصل للمريض راحة كلية ما لم ينتج عن وجود هذه  
 الحصيات البولية في المثانة الام أخرى يتألم منها وهذه النوبة التي شرحتها  
 تزول في ظرف بعض ساعات ولا تمكث أكثر من أربع وعشرين ساعة  
 واعراض المغص الكلى وان اشتدت وكانت هيئتها مخيفة جدا فلا ينشأ عنها  
 بالنسبة للحياة أدنى خطر غالباً ومن النادر ان تكون راحة المريض غير تامة  
 وان يحصل في الالام تلطيف بدون ان تزول بالكلية وان يحمل امراض  
 المغص الكلى اعراض التهاب في الحويض

\* (المعالجة) \*

معالجة السدد البولية الحصوية الكلى لا يمكن الكلام عليها وعند شرح  
 معالجة الحصيات المثانية منذ كر الوسائط الدوائية التي يوصى باستعمالها  
 طبقاً لبعض النظريات بقصد تخليل تلك الحصيات وعدم نجاحها  
 وأما معالجة المغص الكلى فاهم ما فيه بالنسبة للطبيب الوقوف على حقيقة  
 التشخيص حتى يحصل بذلك على نجاح عظيم ولا ينبغي في مثل هذه الاحوال  
 ضياع الزمن بإرسال العاق واعطاء المنبهات بسبب ضعف النبض وبرودة  
 الجلد وغير ذلك من الوسائط التي لا تجدى نفعاً بل ينبغي اعطاء مسحوق  
 الافيون مع ٣ سنتى جرام الى ٦ أعنى (من نصف قعصة الى قعصة) ويكرر  
 ذلك كل ساعة أو ساعتين والتأثير المسكن للافيون لا يمكن أن يوجه اليه  
 فقط النجاح العظيم الذى يحصل عقب استعماله بل الغالب ان الالام  
 العضلية للمصابين المنقبضة بسبب تهيج الحصيات حال مرورها يحصل فيها

استرخاء بالتأثير المخدر للافيون وان حصل انقذاف الافيون المعطى من  
الباطن بالقي وجب استعمال الحقن تحت الجلد بمجاول المورقين و يظهر ان  
الاستنشاقات الكوروفورمية لها تأثير مماثل لتأثير الافيون ولذا يوصى  
باستعمالها في مثل هذه الاحوال أيضا وعين هذا التأثير يمكن الحصول  
عليه بالفصد الغزير العام اذ به يحصل استرخاء عمومي أيضا في الالياف  
العضلية لكن الغالب ان لا يلجأ اليه في هذه المعالجة وكل من اعطاء مسحوق  
الافيون كل ساعة أو ساعتين واستنشاق الكوروفورم لا تكفي به المرضى  
عادة لما هم فيه من شدة الالام والقلق ويرغبون ان تفعل لهم وسائل قوية  
أخرى ففي هذه الحالة يمكن استعمال الحمامات الفاترة العمومية او الجلوسية  
كل ساعة أو ساعتين والضمادات المسكنة على قسم الكليتين  
والدهانات المسكنة على هذا القسم أيضا وقد أوصى كذلك بعض اطباء  
بعود المريض على كرسى ووضع أرجله عارية على أرض باردة ويوصى  
أيضا بشرب كمية عظيمة من المياه المعدنية المحتوية على حمض الكبريتيك  
كما سيلتس أو ماء الصودا وماه كوتروكس قبل والتصد من ذلك اذ رار البول  
ودفع الحصيات نحو المثانة

(المبحث الرابع في سرطان الحويض)  
(والحالبيين ودرنهما)

سرطان المسالك البولية بعد من النوادر بحيث يكاد لا يحصل الا عند امتداد  
السرطان من الاعضاء المجاورة لاسمى الكليتين الى جدر الحويض ويزداد  
في أحوال نادرة ويشاهد بجوار سرطان الكلية والمثانة تعقدات سرطانبة  
في الحويض والحالبين قائمة بنفسها وأما الدرن فقد ذكرناه عند الكلام  
على درن الكليتين وذكرنا أنه ظاهرة من ظواهر التولد الدرني المنتشر في  
الخصيتين والبروستة والحويصلات المنوية والكليتين ولا ينسب في جميع  
الاحوال التلاشي المنتشر الجيني الذي يعترى الغشاء المخاطي للمسالك البولية  
لتركيب النحبيات الدرنية المتفرقة ولينها ولو أنه يوجد احيانا تعقدات في حجم  
حب الدخن متفرقة أو مجمعة ينتج عن تلاشي اقروح مستديرة غير منتظمة  
في الغشاء المخاطي وفي بعض الاحوال قد يكون السطح الباطن من الحالبين

والخوبض مستحيلا الى مادة مصفرة هشة بسبب تكون خلوى مستوفى جوهر  
الغشاء المخاطى واستحالة تجينية فيه وفي محال أخرى يكون الغشاء المخاطى  
الذى اعتراه التغير متلاشيا متشقا او يشاهد فيه فقد جوهر عظيم وفي جميع  
هذه التغيرات تكون المسالك البولية ممددة تمددا عظيما ووجدناها متخينة  
جدا وتشخيص درن المسالك البولية يكون سهلا في الاحوال التى فيها يمكن  
معرفة سرطان الخصيتين والبروستة بالجلس وفيها يوجد البول القلوى  
مختلطا ب مواد قيحية وآثار جوهرية وامتداد الدرن من المائة الى المائتين كثير  
جدا بحيث يمكن القول به فى مثل هذه الاحوال من قبل حصوله

### تذييل

(فى داء اذسون المعروف بالداء النحاسى)

المرض الذى سئذ كرههنا وشرحه ادسون فى سنة ١٨٥٥ ميلادية  
لم يزل فيه انبها م عظيم ولواتجهت نحو معرفته افكارنا قبة لعدة من مشاهير  
المؤلفين انكليزيين والمانيين كورجهوف وماينسر وغيرهما وبرزت عدة  
رسائل بخصوصه

أما ما قيل من الشك فى وجود نوع مرضى مخصوص انبنى عليه شرح الطبيب  
ادسون وعدم وجوده فقد زال بالكلىة غير انه اتضح ان التغيرات المرضية  
التى قيل بانها رئيسة وواصفة لهذا المرض وعليها انبنى جعل مرض ادسون  
داء مستقلا اعنى (أولا) التغير المرضى للغدتين فوق الكليتين (ثانيا)  
التلون المسمر الجبنتى للجلد وان كانت اعتيادية فيه لكن ليست من  
التغيرات الملازمة له بالكلىة فان رأى الابتداء بان داء اذسون مبنى على  
اصابة مرضية وفساد فى الغدتين المذكورتين فينافى به زيادة عن نتائج  
التجارب الفسيولوجية العديدة التى فعلت عليهم ما لقصده ايضا ح وظيفتم ما  
غير المألومة الى وقتنا هذا الامر المعلوم من انه فى بعض الجثث قد توجدان  
بالصدفة متغيرتين تغيرا مضميا أو مفسدا تين بالكلىة بدون ان يكون مجموع  
داء اذسون قد كان موجودا مادة الحياة وحينئذ اتجهت الافكار نحو الضفيرة  
العصبية السنباتونية التى يحوار الغدتين المذكورتين واعترف كثير من



مشاهير اطباء فرنسا وبين والانكليز والالمانيين الذين من ضمنهم  
أبولسرو وبرجروف ورفرجهوف وريزل وغيرهم بالرأى القائل بان المهم الرئيس في  
هذا المرض هو حالة مرضية في العصب السمباتوى البطنى لاسيما في الضفيرة  
الشمسية والعقد الهلالية وكذا في الفروع العصبية الضامة لهم مع الغدتين  
فوق الكليتين والذي يعضد هذا الرأى هو الامر المعلوم من انه في الاحوال  
التي فيها بحث في الجلطة عن العصب العظيم السمباتوى وجدت تغيرات  
مرضية فيه مع التغيرات المرضية للغدتين المذكورتين كالحرار والانتفاخ  
والتكاثر الالتهبي والاستحالة الشحمية والظهور والتلون بمادة بجمنتية  
أو تلالشى اخلية العقد العصبية وقد وجد طبقات تقاويم المعلم ايلنبرغ  
وجونن في التسعة والعشرين من الصفات التشريحية التي صار فيها البحث  
عن العظيم السمباتوى انه متغير كثيرا او قليلا تسعة عشر مرة وغير المتغير  
والطبيعي عشر مرات وحينئذ حالة عدم التغير في هذا العصب ولو كان  
هو الاقل يصير التوجيه الذي نحن بصددده في حيز النظريات لاسيما وان  
اضيف الى ذلك انه لا يمكن احداث ظواهر بالتجارب النفسولوجية  
التي فعلها اديان وشميد وغيرهما على العقد البطنية تشابه ظواهر  
داء إدسون وعلى هذا انبنى القول بنظريات أخرى وهي ان المرض  
الذي نحن بصددده لا ينشأ عن اصابة مرضية في العظيم السمباتوى بل  
عن اصابة مرضية في المجموع العصبي المركزي حتى ان المعلم روسباخ  
عرف هذا المرض انه اضطراب وظيفي بدون تغيرات تشريحية مدركة  
في المجموع العصبي مرتبط بتغير في الغدتين فوق الكليتين ارتباطا عظيما  
لكن لا دائماى ومتصف باضطراب عصبي عقلي وانها عظيمة وضعف  
شديد وتلون بجمنتي داكن في الجلد ولاجل بيان الارتباط الممكن بين التغير  
الجمنتي للجلد والاضطراب العصبي يرتكن الى ما ذكره بيجل في شرحه  
لاهمق والتلون البجمنتي الاسود الموضوعين أى القاصرين على أجزاء محدودة  
من بعض الاعصاب وكذا الى مرعة الشيب عقب الانقالات  
النفسية المحزنة وقد صار تعضيد الرأى القائل بان التلون البجمنتي للجلد  
ناشئ عن اصابة مرضية للغدتين فوق الكليتين بانه كثير ما يوجد

ازدياد في المادة الملونة للجلد مرتبطة بالامراض المختلفة للرحم  
واضطرابات المبيض وفي أثناء الحمل المعروفة بالنسكت الكبدية  
والحسنتات الرجعية

ثم ان التغيرات التشرىحية للغدتين فوق الكلبتين ليست واحدة في جميع  
أحوال داء ادمون ففي معظم الاحوال توجد استجابة ليفية جينية فيهما  
ينتهي بها التهابهما المزمن وهاتان الغدتان تكونان متزايدتين في الحجم بحيث  
تكتسبان قدر حجمهما الطبيعي مرتين أو ثلاثة حتى تصل الى حجم البيضة  
وتتجهب الى مادة خلائية مرصعة بتعدادات متجمعة أو متكلسة وسطعهما  
يكون غير مستوعدة ويمكن ان تلتصقا بالاعضاء المجاورة وقوامهما يكون  
يابسا صلبا والاستحالة اما ان تكون عمومية او جزئية فاصرة على بعض بورات  
والاصابة المرضية تكون غالباً مزدوجة والاحوال الكثرية المشاهدة  
التي فيها تكون الغدتان متلاشيتين بالكيفية تنافي النظريات القائلة بانهما  
عضوان مغرزان وان داء ادمون يتعلق بازداد تكون فيهما من جواهر  
كيمياوية ذات تأثير مضر (لا سيما من حمض الصفراء) وهي جواهر تحدث  
فسادا وانحلالا في الكرات الدموية وبذلك تحدث الانيميا العظيمة أما رسوب  
المادة الملونة للدم في الجلد فيحدث اللون النحاسي وقد شوهد في احوال نادرة  
بدلا عن الاستحالة الليفية الجينية سرطان وانسكاب دموي في جواهر هذين  
العضوين او مجرد ضمور فيهما ولذا قال كلينس وله الحق في ذلك ان سبب  
التلون النحاسي للجلد لا يكون متعلقا بالطبيعة النوعية للتغير المرضي لهذين  
العضوين بل بالاحوال المرتبطة بحصوله وامتداده فيهما والتلون المسمر للجلد  
ينشأ عن تراكم مادة بجمنتية مسمرة في اخلية الشبكة الملمية لسكن قد  
تشاهد كذلك اخلية بجمنتية في جواهر الجلد تخالف اخلية التي توجد  
في الشبكة المخاطية الملمية باحتوائها على الحديد وقد تفقد بالكيفية  
مضاعفات مهمة في غيرها تين الغدتين من الاعضاء وأكثرها وجودا انتفاخ  
الطحال والاجربة المعوية وتيجين العقد المسارية وتسوس الفقرات

ثم ان داء ادمون نادر الحصول لسكن لا يصل في درجة الندرة الى ما كانوا  
يزعمون واسبابه تكون غالباً غير واضحة لكن يكثر حصوله عند الفقراء

وأظواهر ان للانفعالات النفسية المستمرة والحزن والفاقة تأثيرا في احداثه  
وتصاب به الرجال أكثر من النساء والسن المتوسط وان كان أغلب المرضى منه  
لكن لا تصان منه الشيخ والاطفال (قد وجد جرد في مائة وتسعين حالة  
منهم ١٧ سنهم أقل من ١٥ سنة وحدث الاطفال كان سنه ثلاث سنوات  
وفي سبعة أحوال ابتداء في السنة الرابعة عشر وفي خمسة عشر بعد  
السنة العاشرة)

ولا ينبغي ان يبتدى هذا المرض بظواهر لا تكاد تدل على طبيعته وهي ان  
يشترك المريض بالآلام في الاطراف او الظهر تعتبر عادة روماتيزمية وتحصل  
بالخصوص ظواهر تدل على حالة انماوية عظيمة واضطراب عميق عصبي عقلي  
ويمتدح كل من الجلد والاعشبية المخاطية وتنقص قوة الفعل العضلي وحالة  
المرض العقلية تكون عادة خاملة أو متعجبة او يعلن كل من الدوار والم  
الراس وفقد النوم بل وتنقص القوة العقلية على مرض عصبي ثم يبتدى  
التلون البجمنتي الداكن للجلد أحيانا بسرعة أي مع الظواهر السابقة في آن  
واحد أو بعدها بان شهر بل وسنين وبجس طرؤ هذا التلون المتقدم أو المتأخر  
يتقدم تشخيص هذا المرض أو يتأخر بل والتلون البجمنتي المذكور قد  
لا يتضح الا قبل الموت بقليل أو ان الموت بما طرأ بسرعة قبل اتضاح التلون  
وأول اتضاحه يكون في لون اجزاء الجلد المعرضة للضوء ولذا كان من الجائز  
الوقوع في الخطا والقول بان التلون المسمر للوجه في اثناء الفصل الحار في  
السنة ناشئ ولا بد من تأثير اشعة الشمس ثم يصل التلون المسمر في باقي اجزاء  
الجسم التي تكون عادة كثيرة المادة البجمننتية كخلمة الثديين وتحت الابطين  
والاعضاء التناسلية والسطح الباطن من الفخذين ثم يحصل في بعض اجزاء  
الجلد المعرضة لمهيجات ظاهرة بواسطة الحرارة يبق اوضاع الملابس ونحوه  
اذ بذلك يحصل فيها احتقان مستمر وهذا التلون يمتد من هذه الاجزاء الى  
الاجزاء المجاورة لها بدون حد واضح لكن ينبغي ان يكون عموم سطح الجلد  
متلونا بالسمرة على حد سواء

وأما درجة تلون الجلد فيشاهد فيها تنوعات عديدة من اللون الاسمر الخفيف  
او الداكن السنجابي كالذي ينشأ في أشعة الشمس الى اللون الاسمر الداكن

الى الاسود ومع ذلك فاللحمية الصلبة (ضد الماء يشاهد في اليرقان) لا تشترك  
 في التلون الجسمي بل انها تخالف بلونها الا يماوى اللؤلؤى الابيض التلون  
 المصفر الداكن للوجه وزيادة عن تلون الجلد المنتشر السابق ذكره تشاهد  
 غالباً تلونات يجمتية صغيرة محدودة نكتمية أو شريطية تسكون اما ساغلة  
 لبعض اجزاء الجلد ذات لون طبيعي او منتشرة في بعض اجزاء مسهرة على هيئة  
 نكت أكثر كثرة كثة في اللون وفي بعض الاحوال قد لا يوجد تلون منتشر  
 في الجلد بل تراكمات يجمتية بقعية ولذا كرأخيراً انه قد يوجد تلون يجمتي  
 خفيف في حافة الشفتين أى دائرة الفم وغشائهما المخاطى (واحياناً في  
 دايرة اللحمية وفي البلعوم وفي الشفير الصغيرين) ووجود ذلك في الاحوال  
 التي فيها يفقد تلون الجلد العام يوقظ الطبيب لتوجيه الظواهر العصبية  
 والانهيارية الموجودة وفعل التشخيص

وفي معظم الاحوال تطرأ ظواهر مرضية تدل على اضطراب المعدة والمعدة  
 كقد الشهية وسوء الهضم وتالم القسم الشراسبي والفواق والاسهال  
 المستعصي والاسيمانوب القوي الشديدة المترددة ومن المهم ظهور عوارض  
 عصبية تحصل في اخردور هذا المرض كالدار والانحما والهذيان ونوب  
 الجنون وتشنجات مختلفة موضعية فاصرة على بعض الاعصاب أو  
 عمومية صرعية وتنفس عميق يؤدي الى فقد الشعور وفي أحوال كثيرة تؤدي  
 تلك العوارض الى الموت القمائي وفي أحوال أخرى يتقدم الانحطاط شيئاً فشيئاً  
 حتى تدطفي الحياة بدون تلك العوارض وهناك بعض مشاهدات تؤيد القول  
 بإمكان شفاء دا ادسون ويكاد ينتهي دائماً هذا الداء بالموت ومن النادر  
 حصول ذلك في أسابيع قليلة والغالب ان يحصل بعد زمن طويل مع تعاقب  
 في التمسسين والتثاقل وحياناً لا يحصل الموت الا بعد عدة سنين وفي الدور  
 الاخير لهذا المرض قد تحصل ثورات حمية

ومعالجة هذا الداء يقتصر فيها على اتمام ما تستدعيه المعالجة العرضية حيث  
 لم يكن عندنا وسائطها يمكن مقاومة الاصابة الاصلية لهذا المرض كالتغذية  
 الجيدة واستعمال المركبات الحديدية ونحو ذلك من الوسائط المقوية وان لم  
 يكن لها تأثير قوى في سير هذا المرض

الفصل الثالث في أمراض المثانة  
(المبحث الاول في الالتهاب المثاني النزلي)

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

التهاب المثانة النزلي يمكن أن يحصل أولاً من مهيجات لا واسطوية تؤثر على الغشاء المخاطي المثاني كالحقن غير الجيد الذي يفعل في أحوال السيالان المجري وكالفسطرة غير الجيدة المتكررة ومن الاجسام الغريبة في المثانة سيما الحصيات واختلاط الجواهر المهيجة بالبول أو بتسكوب جواهر مهيجة من المثانة عقب انحلال أجزاء البول وفسادها تحدث الاشكال الثقبيلة من الالتهاب المثاني النزلي ومن هذا القبيل النزلات المثانية التي تنشأ عن الافراط من استعمال الذراريح وبلسم الكويابى ونحو ذلك والنزلات المثانية التي تنشأ عن الامراض المحدثة لاحتماس البول كأمراض النخاع ومدة سير التيفوس وتضايق قناة مجرى البول وانتفاخ البروستة ونحو ذلك وأيضا استعمال البوزة الحديدية غير المحجرة جيدا ينتج عنه نزلات مثانية وقتية ثانيا قد ينشأ الالتهاب النزلي المثاني عن امتداد التهييج الالتهابي من الاعضاء المجاورة ومن هذا القبيل بعد الالتهاب المثاني النزلي الذي كثير اما يصاحب التهاب البروستة والسيالان المجري ويستمر بعد شفائه ثالثا قد يحصل الالتهاب المثاني النزلي من تأثير البرد على الجسد سيما على الاقدام والبطن رابعا قد يصاحب على العموم الالتهاب المثاني النزلي العرضي التولدات الجديدة وغيرها من الامراض المثانية الثقبيلة

\* (الصفات التشريحية) \*

في الاحوال الحادة لهذا المرض يظهر الغشاء المخاطي المثاني مجرا مفتوحا رخاوا وسطحه مغطى بمادة مخاطية مختلطة بكمية مختلفة من الاخلية البشرية المنفصلة واخلية حديثة التكوين وفي النزلات المزمنة يجتفي الاحرارو يظهر لون الغشاء المخاطي سنجانيا وسخاوا يكون هو سميكا مفتوحا وكذا المنسوج الخاوي تحت الغشاء المخاطي والمنسوج الخاوي الضام للالياف العضلية وكذا الالياف العضلية نفسها تكون سميكة في حالة

ضخامة ويوجد على السطح الباطن من المثانة في هذه الاحوال مادة مخاطية سنجابية قبيحة او نضج قبي مصفر والغالب ان يكون البول منفسدا بسبب تأثير الافراز المرضى عليه تكثيرة فيكون ذارثحة نوشارية شديدة وخواص قلوبية

ومن انتهآت الالتهاب المثاني النزلي المزمن الانتهاء بالشفانادر ابل الغالب ان يتضاعف في سيره بتكون اخلية جديدة على سطح الغشاء المخاطي المثاني وبتكون اخلية جديدة كثيرة في جوهر الغشاء المخاطي نفسه وفي المنسوج الخلوي تحته والمنسوج العضلي وبهذه الكيفية تحدث القروح المثانية النزلية والخراجات تحت الغشاء المخاطي المثاني وبهاتين الحالتين يمكن ان تنقب جدر المثانة فان حصل ذلك عقب التصاق المثانة بالاعضاء المجاورة بواسطة التهاب مثاني دايري تكون عن ذلك خراجات في محيط المثانة تنفتح في الاحوال الجيدة اما نحو الظاهر او في المستقيم او المهبل وفي الاحوال غير الجيدة تنفتح في تجويف البطن وهناك انتهاء آخر للالتهاب النزلي المثاني المزمن وهو الانتهاء بالتقرح المنتشر وهذا الانتهاء لم يكن كثير الحصول الا انه ينشا بالخصوص في الاحوال التي فيها يؤثر البول على الغشاء المخاطي للمثانة تأثيرا كالا فسادا عقب احتباسه وفساده وفي هذه الحالة يوجد الغشاء المخاطي المثاني لينافي اعلا درجة متغير اللون ذاهية وسخنة ولون اسمر حجر او اسود ويكون مغطى بنضج وسخ او مستحيلة الى مادة فطرية نجيلية من تشحبا بالصديد والالياف العضلية للمثانة تكون باهتة سهلة التمزق والمنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي وبين الالياف العضلية يكون من تشحبا بالصديد ويوجد في المثانة نفسها سائل اسمر مسود كالون الشكولا تاذورثحة نوشارية شديدة متكونة من البول المنفسد ومن الدم او الصديد ومن ندف من الغشاء المخاطي المتمك وفي الاحوال الثقيلة جدا يمتد الفساد الى جميع طبقات المثانة فينصب محتصلها في تجويف البطن وهناك انتهاء ثالث للالتهاب المثاني النزلي المزمن وهو الانتهاء بشحن جدر المثانة وضخامتها ضخامة عظيمة ناتجة عن ضخامة الالياف العضلية التي اثر نالها فيما تقدم وهذه الضخامة قد تحصل احيانا بدون الالتهاب النزلي المثاني اعني عند وجود عايق عظيم

في حركة انقذاف البول وجدر المثانة في هذه الحالة تكون ثخينة من بعض  
 خطوط الى نصف قيراطيل ازيد والحزم العضلية تكون حواجز مستديرة ينتج  
 عنها في السطح الباطن للمثانة ارتفاعات كالحواجز بحيث تشبه في المنظر  
 السطح الباطن للقلب الايمن (ويسمى المشرحون ذلك بالمثانة ذات الاعمدة)  
 ويميز للضخامة المثانية نوعان على حسب تزايد تجويف هذا العضو والواقع  
 في الضخامة اوتفاؤه فتسمى الضخامة في الحالة الاولى بالضخامة الدائرية  
 وفي الحالة الثانية بالضخامة المركزية ففي الشكل الاول من هذه الضخامة  
 للمثانة يصعد هذا العضو الى اعلا نحو السرة وفي الشكل الثاني يصغر حجمه  
 حتى يبلغ حجم الجوزة وفي بعض الاحوال من الالتهاب النزلي المثاني المزمن  
 سيما اذا كان مصحوبا بعائق في انقذاف البول يندفع الغشاء المخاطي  
 بين الالياف العضلية المتباعدة فينشأ عن ذلك جيوب تكون في الابداء  
 صغيرة ثم تتدد شيئا فشيئا وتكون جيوبا عظيمة ذات عمق في حجم قبضة اليد  
 وازيد ومحل اتصال هذه التجاويف بالمثانة يكون على شكل فوهة مستعرضة  
 ثم تصير هذه الفوهة فيما بعد مستديرة شبيهة بالفوهات ذات العضلات  
 العاصرة وحيث ان انقذاف البول من هذه الجيوب لا يكون تاما فلا يندران  
 تحصل فيهما رواسب بولية وتكون مجلسا لخصيات متكيسة

\* (الامراض والسير) \*

الالتهاب النزلي المثاني قد يكون احيانا مصحوبا بظواهر حمية لكن الغالب  
 ان يفقد ارتفاع الحرارة وتواتر النبض في هذا المرض وفي احواله الحديثة  
 تشتكي المرضى بالآلام غير محدودة في الجزء السفلي من البطن والجمان وتمتد  
 هذه الآلام الى الاعلان والكليتين والى الاسفل نحو قناة مجرى البول الى  
 الحشفة وبالضغط على القسم المثاني لانتحس المرضى بالآلام الا في الاشكال  
 الثقيلة لهذا المرض والغشاء المخاطي المثاني الذي يكون محتقنا متهيجا  
 لا يكون له قدرة على ملاسة البول بحيث ان تجمع نقطة قليلة من هذا السائل  
 في المثانة يحدث عند المرمي زحير بوليا شديدا وقد تكون العضلة العاصرة  
 المثانية في حالة انقباض تشنجي وبذلك ينشأ احتباس البول وزحير بولي  
 شبيه بما يحصل في المستقيم عند التهاب هذا العضو التها بارتليا فالمرضى

تسكادان لا تترك من ايديهما اناء التبول والتبول نفسه يكون مؤلما جدا والنقطة  
 القليلة التي تسيل من قناة مجرى البول في مسافات قصيرة تحدث عندهم  
 احساسا شديدا بمرور الرصاص الذي في القضيب وفي ابتداء هذا المرض  
 يكون افراز المواد المخاطية قليلا كما يشاهد ذلك في جميع الالتهابات النزلية  
 الحديثة ثم فيما بعد يصير البول المتدفق متعكرا ويرسب منه راسب مخاطي  
 كثيرا الغزارة او قليلا ثم ان هذا المرض قد ينتهي سيره في ظرف بعض ايام  
 بالشفاء بل والاحوال النزلية الخفيفة للمثانة التي تنتج عن تعاطي البوزة  
 الحديثة يمكن ان تنتهي في عدد قليل من الساعات وفي احوال أخرى يتم سير  
 هذا المرض زمنا طويلا فينتقل الى الحالة المزمنة واما ان يشاهد مدة سير  
 هذا الالتهاب انقباض مستمر في العضلة العاصرة المثانية يؤدي لاحتماس تام  
 في البول وكثيرا ما ينشأ في اثناء سير النزلة المثانية لاسيما عند الشيوخ حالة  
 شلل في العضلة المضيئة للمثانة تؤدي كذلك لاحتماس في البول وذلك ينتج  
 عن تغيرات تايومية كالا وذيما والاستحالة الشهيمية لعضلات المثانة وهذا هو  
 الذي يصير النزلة المثانية البسيطة عند الشيوخ خطيرة للغاية

وفي الشكل المزمن للنزلة المثانية تتناقص الالام بعد بعض زمن لسكن عدم  
 اطاقه المثانة لتحمل ملامسة مقصدها والتطلب المتكرر للتبول يستمر ان  
 وكية المواد المخاطية المنفرزة تزداد اذ يدا اعظيها وفي الابتداء يرسب من  
 البول تدريجا طبقة مخاطية شفافة ثم يصير هذا السائل فيما بعد كثيفا متعكرا  
 والراسب غير شفاف مبيضا أو مصفرا ومتى اعتري البول داخل المثانة التخمر  
 القلوي كما بد افراز الغشاء المخاطي المريض المحتوي على كثير من السكريات  
 القيجية والاخلية البشرية المنفسدة استحالة مخصوصة وصار مكونا للمادة  
 هلامية بحيث تبقى متماسكة ببعضها ومكونة لخيوط مستطيلة عند صب  
 البول من اناء الى آخر

وقد ذكرنا في الطبقات المتقدمة من كتابنا هذا ان المواد المخاطية المنفرزة  
 بكية عظيمة تؤثر على البول في غالب الاحوال كحيرة فيمنشاقية عن ذلك تخمر  
 قلوي وبه تسهيل البولينا الى كربونات نوسادر فتسكون في البول اتحادات  
 نوسادرية كجولات النوسادر وفسفاته وفسفات الماتريا أي املاح  
 مشابة القاعدة



وذكرنا أيضا ان المواد المخاطية المختلطة بالبول لا تحدث هذا التخمر القلوى على الدوام ووجدنا في احوال عديدة من هذا الاتهاب فيها البول كان دائما ذا خواص حمضية وقد تحقق في عندي في السنين الاخيرة بمشاهدة من المعلم زويه وبمشاهدات وتجارب خاصة بنا ان المحث للتخمر البول القلوى في المثانة ليست المواد المخاطية المثانية بل حيوانات دقيقة تصل على غلبة الظن بالاكثير الى المثانة بواسطة القسايطير الغير النظيفة وعندى مشاهدة اكلينيكية مثبتة لهذا الامر في أعلى درجة وهذه المشاهدة تخص صابة بشلل في المثانة وكانت تقسط مدة أسابيع عديدة بقسايطير غير نظيفة فظهر عندها التخمر البولى القلوى في أعلى درجة وكان البول المستفرد منها ذا خواص قلوية ورائحة نوشارية نفاذة ومحمو يا على بلورات من بلورات النوشادر ومن فسفاته وفسفات المانزيا وهوام عديدة وفطر نباتى دنى هولم يوجد فيه مادة مخاطية ولا اكلية جديدة ولم تكن المريضة مصابة بنزلة مثانية من قبل

ثم ان الاتهاب المثانى النزلى المزمن يستمر سيره جملة اسابيع او أشهر بل وسنين وكما استطالت مدته كان العشم بالشفاء قليلا ويظن بتكوين قروح في الغشاء المخاطى المثانى متى صار الراسب قهيبا أكثر من كونه مخاطيا وخرج مع البول زمنافز منابض مواد دموية وظهورت حتى حمية دقيقة منها كحة للربض جدا وفي مثل هذه الاحوال تهلك المرضى بما يسمي بالسالمثانى سيمامتى اصطعب بتكون خراجات عظيمة حول المثانة وقروح ناصورية مسفرة التقيح

وعند انتهاء الاتهاب المثانى النزلى المزمن بالتقرح المنتشر يشاهد ضعف القوى ضعفا عظيما وتتغير هيئة المربض ويصير النبض ضعيفا خيطيا والجلد باردا والبول المنقذ متغير اللون فيكون أحمرا أو اسودا مختلطا باهاب من الغشاء المخاطى وذرائحة منتفسة وتهلك المرضى عادة في مدة بعض أيام مع الانحطاط العظيم ولوبدون حصول تهتك كلى في جدر المثانة وانسكاب البول في تجويف البطن

وأما نحن جدر المثانة بضخامة اليافها العضلية فتعرف عند تمدد هذا العضو

نظهور ورم ذي مقاومة خلف الارتفاق العاني يمكنه ان يمتد الى السرة أو  
 أعلاها وهذا الورم يمكن اختلاطه عند النساء بالرحم المتدد وفي العادة  
 لا تكون للرضي قدرة على استفرغ المثانة الضخمة المتددة استفرغاتها  
 ولولم يكن عندهم انسداد في عنق المثانة أو في قناة مجرى البول يعوق التبول  
 فلا يخرج من المرضى الا البول الخبيث يكون زائدا عن حد املاء المثانة  
 المدة تمدد اعظيها فلا يجدهم محلا فيها بل قد يسيل منهم هذا السائل سيلانا  
 جبريا عند شغل العضلة العاصرة بكيفية مخصوصة ولذلك قد يشاهد أن  
 المرضى قد يخرج منهم في ظرف ٣٤ ساعة كمية اعتيادية من البول ومع  
 ذلك فلم تنزل المثانة محتوية على قدر رطلين أو ستة من البول ولا يمكن اخراجه  
 الا بواسطة القسطرة وفي الضخامة المركزية للمثانة يحس بوزن صلب بواسطة  
 جس المهبل أو المستقيم وهذا الورم يمكن ان يتسبب عنه التباسات عظيمة  
 بمدة أمراض وحيث ان المثانة في مثل هذه الحالة لا يكون لها قدرة على  
 التمدد فيوجد عند المريض تطلب مستمر للبول متعب جدا وان كانت  
 العضلات العاصرة منسلة وجد عندهم سلس بولي مستمر

**\* (المعالجة) \***

أما المعالجة السببية فتستدعي أولا تبعيد المؤثرات المهيجة التي أثرت على  
 الغشاء المخاطي المثاني وحدثت المرض ففي الاحوال التي فيها يكون سبب  
 النزلة المثانية القسطرة غير الجيدة أو الحقن المهيج في قناة مجرى البول يمكن  
 تبعيد ذلك كما أنه يمكن الحصول على ذلك أيضا في الاحوال التي يكون فيها  
 سبب المرض استعمال الذراريح أو اطالة استعمال الحراريق أو المراهم  
 المهيجة أو فيما اذا نتج تهيج المثانة عن الاحتباس المستطيل للبول وفساده واذا  
 كان مرض المثانة ناتجا عن امتداد التهاب من قناة مجرى البول أو الرحم  
 يجب ارسال العلق على الجمان أو الجزء المهبلي من الرحم وفي الاحوال التي  
 يكون فيها سبب هذا المرض تأثير البرد تستعمل المعالجة المعروفة  
 وأما معالجة المرض نفسه فتستدعي في الاحوال الحديثة التي تكون فيها جميع  
 مكابدات المريض ثقيلة استعمال الاستفرغات الدموية كارسال العلق  
 والاجود ارساله على الجمان لأعلى العناية وفي غاب الاحوال يكفي

في الالتهاب المثاني التنزلي الحاد استعمال الفاترة على الجزء  
 الاسفل من البطن والحمامات العمومية الفاترة لاجل تلطيف مكابدات  
 المريض الناتجة عن هذا المرض وانتهائه اتماما جيدا وما عهد ذلك ينبغي  
 الاجتهاد في ان يكون البول الواصل للثمانية مخفقا ما أمكر بواسطة المشروبات  
 المسائية الغزيرة وليس من الضروري ان يضاف له هذه المشروبات جواهر  
 غروية أوز بنية بل الذي ينبغى تجنبه فقط استعمال ملح الطعام والافاويه  
 وأجود ما يعطى للمريض المشروبات الحضية صناعية كانت أو طبيعية كماء  
 سلتزمز وماء ولدونجروفاشجر وجلثوير وماء الصودا أو ماء الكلس الممزوج  
 بقدره من اللبن ومن الممدوح جدا في معالجة الالتهاب المثاني التنزلي الحاد  
 ثمر الكبيريت النباتي (بان يعطى منه قدر ١٥ جراما أعنى نصف أوقية  
 ممزوجة مع ٤٥ جراما أعنى أوقية ونصف من العسل ويصنع ذلك على هيئة  
 صرابة يعطى منها كل ساعتين ملعقة صغيرة) وكذلك من الممدوح جدا في  
 الالتهاب المثاني التنزلي الناشئ عن استعمال الذراريح الكافور (بان يعطى  
 منه ٣ دسى جرام أعنى ٦ قحسات على ١٥٠ جراما أعنى ست أواق  
 من مستحلب اللوز) وكذا يعطى في هذا المرض لاجل مضاربة الآلام والزحير  
 المثاني مع النجاح الافيون بمقدار صغير على شكل مسحوق دقيق فيعطى  
 منه للمريض مقدار كاف في المساء قبل النوم او يعطى على شكل الصبغة  
 الافيونية بمقدار صغير أو يستعمل الحقن تحت جلد الجزء الاسفل من البطن  
 بواسطة المورفين وأما اذا زالت الآلام ووجد البول مزوجا بكمية  
 عظيمة من المواد المخاطية والسكرات الحديدية وجب استعمال  
 القوايض وأكثر ما يستعمل في هذه الاحوال مطبوخ أوراق عنب الدب  
 (١٢ جراما على ١٥٠ من الماء أعنى نصف أوقية على ست أواق من  
 الماء يعطى من ذلك كل ساعتين ملعقة كبيرة) واجود من ذلك تأثيرا  
 استعمال الثنين مع الاستقرار وقد ساهدت منه نجاحا عظيما في الاحوال  
 المستعصية اهذا المرض وفي الادوار الاخيرة للالتهاب المثاني التنزلي  
 الحاد خصوصا في الشكل المزمن منه تستعمل بكثرة المياها المعدنية القلوية  
 كماء فيشي وإمس ونحو ذلك وكذا يحصل نجاح عظيم من استعمال الجواهر

البلمية الرانجية فان لها تأثيرا جيدا على السيلانان المخاطية المجرية  
 وذلك كزيت الترمينينا وماء القطران وبلسم الپير وخصوصا بلسم الكوباى  
 الذى يعطى فى محافظ صغيرة غروية واذالم تجف هذه الوسائط وجب  
 الانتقال لاستعمال المعالجة الموضعية الاوارطية على الغشاء المخاطى  
 المشافى بواسطة الحقن خصوصا الحقن بالماء الغائر الذى تخفض بالتدريج  
 درجة حرارته الى ١٦ درجة ريمير وهذه الطريقة المنسوبة الى المعلم سيمبال  
 تستعمل خصوصا عند النساء بقراح عظيم وقد يضاف للماء الغائر بعض  
 الجواهر المظفة كاللين ومطبوخ الحطمية أو الصمغ وبنينى أن يفعل الحقن  
 بالاحتراس أو بواسطة جهاز هيجار واذأريد استعمال الحقن بالقوايض ينبغى  
 الاحتراس العظيم فى ذلك وذلك كحقن محلول نترات الفضة الخفيف  
 وكبريتات الزنك وحض التنيك والتين ونحو ذلك أو الحرق بواسطة جواهر  
 مخدرة (تخلصة الافيون أو خلاصة ست الحسن) أو بجواهر مضادة للتعفن  
 (كحمض الكربوليك) وقد تستعمل الحقن كذلك بمسحلب بلسم  
 الكوباى (بقدر ثلاث جرعات على ١٥٠ أعنى درهما على صت آواق)  
 كما أوصى به بعض الاطباء ومدد مدح عظيمها والتأكد من وجود قروح  
 فى المشانة لاينوع المعالجة وأما التقرح المنتشر للغشاء المخاطى المشافى فليس  
 للمعالجة فيه ادى تأثير وفى الضمامة الدائرية ينبغى قسوة المشانة  
 واستفراغها بالقساطير مع الانتظام كل ٨ ساعات أو ١٢ ساعة ويوضع  
 للمريض حزام مرى على البطن واما فى أحوال الضمامة المركزية يوصى  
 المريض بعكس ذلك فيؤمر بحجز البول زمنا طويلا ما أمكن لاجل تمدد المشانة  
 ثم سد دندريجيا وقد أوصى بعض الاطباء فى مثل هذه الحالة بوضع قساطير  
 مرنة فى المشانة وضعها مستمر اوسد فوهتها بسدادة ولا تستفرغ المشانة الا كل  
 ساعتين أو ثلاثة

(المبحث الثانى فى الانتهاب المشافى ذى)

(الغشاء الكاذب والفتيرى)

الانتهاب المشافى ذوا الغشاء الكاذب والفتيرى يكاد لا يحصل الا فى مدة  
 سير الامراض التهممية الثقيلة كالتهنم العنق للدم والتيفوس والجدري

والقرصية ويصاحب اذذاك التهابات مماثلة له في اغشية مخاطية اخرى  
ويندر حصول هذا الالتهاب من الافراط في استعمال الذراريح أو عقب  
الولادة الشاقة وعقب التهيج الشديد جد الماشاة بواسطة البول المنفسد وفي  
هذا الشكل من هذا الالتهاب يتكون نضج التهابي منه مقدمة تفاوت  
الدمك والقوام فتارة يكون مغطيا للسطح السائب للغشاء المخاطي المثنائي  
أو مرتهما في منسوج هذا الغشاء ويندر ان يكون ممتدا الى جميع سطح  
المثانة بل الغالب ان يكون قاصرا على بعض اصفارها مكونا لبقع ذات شكل  
مستدير أو اشترطة وبعد انفصال الخشكر يشات الدفتيرية بخلافه فقد جوهر في  
الغشاء المخاطي ولا يمكن معرفة هذا المرض مدة الحياة إلا بخروج تعدادات  
غشائية مبيضة اللون مع البول مصحوبة بزحير بولي شديد وفي الالتهاب  
المثاني ذي الغشاء الكاذب الذي يشاهد احيانا عقب الافراط من استعمال  
الذراريح أو الولادة الشاقة بواسطة الحففت قد شوهد خروج اغشية كاذبة  
عظيمة مع البول ومعالجة الالتهاب المثنائي ذي الغشاء الكاذب والدفتيري  
تستدعي نفس الوسائل العلاجية التي اودعنا باستعمالها في الاحوال  
الشديدة الحادة من الالتهاب المثنائي النزلي

### ( البحث الثالث في الالتهاب المثنائي الدائري )

يحصل في المنسوج الخلوي المحيط بالمشاة أي الضام لها مع الاجزاء المجاورة  
التهابات فلغمونية ذاتية احيانا تعرف بالالتهاب المثنائي الدائري بقطع  
النظر عن الالتهابات التي تحصل في هذا المنسوج الخلوي عقب تثقب المشاة  
وقروح جذرها أو خراجات فيها وحصول هذه الالتهابات الفلغمونية اندر  
من حصولها حول المستقيم وذلك لان تشاهد الا في الامراض التسممية  
كالتي فوس والحيمات الطفحية الحادة ونحو ذلك ويندر جد ان يكون حصول  
هذا الالتهاب ذاتيا عند اعضاء ساية من قبل بدون اسباب معلومة وهذا  
الالتهاب له ميل عظيم للانتهاء بالتقيح وتغنفر المنسوج المصاب ويمتد  
بسهولة الى المنسوج الخلوي الضام ابقية اعضاء الحويض ببعضها والمثبت  
لها يجدر الحوض ويمكن ان ينسكب الصديد في المثانة أو المستقيم أو المهبل  
أو جهة الخارج من الجمان وزيادة عن ذلك يهبط الالتهاب المثنائي النزلي

المزمن وقروح المشانة بالالتهاب الدائري المزمن لهذا العضو الذي يؤدي  
 لحصول كثافة وتيبس في المنسوج المحيط بالمشانة والنصافة بما حولها  
 النصف اقامتينا وفيه قد تكون أيضا خراجات في بعض الاحوال  
 وفي اغلب الاحوال يكاد لا يعرف هذا المرض فان كلام من الزحير البولوي  
 المؤلم والالام الصماء المستمرة في الحوض والشعريرات المتكررة والاحتباس  
 البولوي التام اذا كان الحالبان أوقناة مجرى البول منضغطة بالخراج  
 المتسكون لا يرتكن اليه مع التأكد في التشخيص ولا يصير أ كيدا  
 الا متى وجد خراج في الجهة المقدمية من المشانة أعلى العناية وكان هذا  
 الخراج مكونا لبروز كرى الشكل لا يزول عند استفرغ المشانة او كان مكونا  
 لورم متوج في الجحان أو احسن به وج هذا الورم عند الجس في المستقيم  
 أو المهبل ومعالجة الالتهاب المثاني الدائري من خصوصيات الجراحة

### (المبحث الرابع في درن المشانة)

(وسرطانها)

درن المشانة يحصل عادة حصولا تابعا لدرن الحالبين والسكيتين والحويض  
 ويظهر في المشانة كذلك اما على هيئة درن منتشر أو مجتمع يعقبه بعد لينه  
 وتقرحه قروح غير منتظمة مستديرة تارة وتارة تحصل استحالة جبنية  
 منتشرة في الغشاء المخاطي المثاني تؤدي لحصول تمسكات متسعة فيه لكن هذا  
 أندر حصولا مما في الحالبين والحويض

ثم ان اعراض الدرن المثاني تشابه بالكلية اعراض الالتهاب المثاني الترتلي  
 المزمن والتقرح المثاني المزمن ويوجد عند المر يض أيضا في هذا المرض  
 زحير مثاني مؤلم ويكون البول محتاطا بمواد مخاطية صديديّة غزيرة ذات  
 رائحة نوسادرية من فسادده وانحلاله ويحصل عند المريض احيانا نزفة  
 مثانية وعلامات ضخامة المشانة الدائرية والمركزية تصاحب الدرن المثاني  
 والذي يرتكن اليه في تشخيص هذا المرض مع التأكد الاستحالة الدرنية  
 للخصيتين والبروستة وكذا ظهور الياف صرنة أو جريشات عظيمة من جذر  
 المشانة يستدل منها على وجود تغير مقسد في هذا العضو ويرتكن الى ذلك  
 في التشخيص التمييزي وقد شاهدت في امرأة معترها درن المشانة والمسالك

البولية والكليتين قرحة غسيرة منتظمة مشرزمة ذات قاع سنجابي في الفرج  
محيطه بفوهة قناة مجرى البول

ومعالجة الدرن المثاني هي عين معالجة التهاب التزلي المثاني المزمن لكن  
لاثرة فيها على العموم

واما سرطان المثانة فليس كثير الحصول ويظهر في المثانة اما ظهورا اوليا او  
تابعيا لامتداد الاستحالة السرطانية من الرحم والمستقيم الى المثانة واشكال  
السرطان المثاني التي تشاهد هي السرطان الاسكري والنخاعي واكثر  
منهما السرطان الجلدي او الخلي في الشكليات الاولى تشاهد اما استحالات  
سرطانية منتشرة في جدر المثانة يحصل عقب تلاحيم استطراقات بين المثانة  
والمهبل اويضا وبين الرحم والمستقيم واما ان ينشأ عنها أورام محدودة او ذات  
عنق في المثانة واما السرطان الخلي فيتمكون فيه مادة سرطانية رخوة  
متكونة من تولدات دقيقة خلية تنبج في الماء وتتفصل مدة الحياة زمنا  
فزمنا فينتج عن ذلك انزفة مثانية

وكذا في السرطان المثاني تكون الاعلام اكثر وضوحا عند المريض هي  
اعلامات التهاب المثاني التزلي المزمن وفي هذا المرض يحصل التزيف  
المثاني بكثرة عما يحصل في الدرن المثاني ويرتكب في التشخيص القبيزي الى  
استهزاء الاعراض وتماقلها على الدوام وظهور سوء القنية السرطاني ووجود  
اورام سرطانية في الاعضاء المجاورة وبالخصوص على البعث الميكروسكوبي  
عن الجزئيات السرطانية التي تنفذ مع البول زمنا فزمننا والمعالجة لا تثمر  
في هذا المرض وتكون قاصرة على مقاومة الانزفة وايقافها وعلى ازالة  
احتباس البول الذي يحصل زمنا فزمننا وعلى باقى الاعراض الخطيرة

(المبحث الخامس في التزيف المثاني ويعرف)

(بالبول الدموي)

التزيف الذي يحصل من الاوعية المثانية يكون ينبوعه في كثير من الاحوال  
جرحيا او اكثر مما يحصل هذا الشكل من الاجسام الغريبة التي دخلت  
في المثانة او حصياتها ذات الحواف الحادة وعند النساء المصابات بالاستر يا  
كثيرا ما تشاهد احوال غريبة من هذا القبيل فاعين كثيرا ما يدخلن

في اعضاء التناسل أو قنطرة مجرى البول أجساما غريبة تكون سببا لحصول  
التزيف وفي أحوال أخرى تؤدي قروح المثانة لتأكل في جدر الاوعية  
وحصول التزيف المثاني وكذلك التبولات المرضية الجسيمة كالدرن  
والسرطان سيما السرطان الخبيث فكثيرا ما ينتج عنها انسكاب دموى  
في المثانة ويندر ان يكون التزيف المثاني ناتجا عن الافراط من استعمال  
الذراريج وهو المعروف بالبول الدموي التسمي أو عن الدياتيز التزيفي  
وبالجملة يمكن ان ينتج عن التمددات الوعائية الشديدة للمثانة والدواليه تمزق في  
جدر هذه الاوعية وانزفة مثانية لكن حصول الانزفة المثانية بهذه الكيفية  
نادر جدا ولوان العوام بعتقدون حصولها بكثرة ويسمونه بالتزيف المثاني  
الباسورى ومن المعلوم ان احتباس الدم في المثانة وتعدد أوعيتها قليل جدا  
بالنسبة لما يحصل في المستقيم فلا يظن بوجود هذا الشكل الاخير من التزيف  
المثاني الا بعد اعتبار الظواهر المرضية ونفي وجود جميع الاشكال الاخرى  
للتزيف المثاني

والتزيف المثاني ولوان فيه اختلاط الدم بالبول لا يكون عظيم جدا كما في  
التزيف الحويضي والحالبى وفي هذا المرض يحصل أيضا تمددات دموية  
عظيمة تزيد عما يحصل في التزيف الحويضي والحالبى الا ان كلامنا هاتين  
العلاقتين ربما يقع في الخطا ولذا كانت معرفة ينبوع التزيف الآتى مع  
البول عسرة جدا في الغالب والذي يرتكز اليه في ذلك هو اعتبار العلامات  
المصاحبة فان البول الدموي المثاني يكاد ان يصطبغ على الدوام بهلامات  
تغيرات جوهرية في المثانة فيوجد في الزمن الذي لم يستقرغ فيه دم مع البول  
مواد مخاطية وكرات صديدية وتعسر في البول ونحو ذلك

\*(المعالجة)\*

اهم شئ في معالجة التزيف المثاني مضاربة المرض الاصل على النتائج هو  
عنه وفي الاحول الثقيلة لهذا المرض يوصى باستعمال المكمدات الباردة  
والجليدية على قسم المثانة ويعطى التنبير من الباطن بمقدار عظيم جدا لكن  
اذا استمر التزيف وصار مضعفا للرياح وجب استعمال الحقن في المثانة  
بالماء البارد أو محلول الشب اوزاج الحارصين او نترات الفضة والتمعدنات



الدموية العظيمة التي تسد فوهة المثانة ينبغي تبعيدها على حسب قواعد الجراحة ويستعمل مع النجاح غالباً الحقن الباردة المتكررة في التزيف البولي الباسوري وفي غير هذا الشكل من التزيف المثاني

(المبحث السادس في التجمعات الحصوية للمثانة)

(أى الحصيات المثانية)

\* كيفية الظهور والاسباب \*

كيفية حصول كل من الحصيات الكلووية والمثانية لم يزل غير واضح اذ لا يوجد توجيه ثابت ثبوتاً كافياً بحيث يرد الاعتراضات التي تتوجه عليه وهذا يقال بالخصوص بالنسبة للرأى القائل بان تكون الحصيات البولية ناشئة عن تغير مخصوص في التبادل العنصرى أى سوء قنية ينشأ عنها تكون كمية عظيمة من حمض البوليك أو الاوكساليك أو الاملاح الفسفورية وتنفصل من الدم بواسطة الكلية ومن ذلك تتكون رواسب في المسالك البولية وتوجيه المعلم شيرر بالنسبة لتكوين الحصوات يميل له العقل وعلى مقتضاه لا تنفصل الجواهر التي ترسب في المسالك البولية وتكون تراكمات حجرية أحياناً من الكلية بل انها تتكون بواسطة انحلال البول وفساده مدة مكثه في المسالك البولية وهذا الفساد يصير في البول بعد استفرغته وتعرضه للهواء ومنه يتولد بل يفصل ابتداء تخمر حمضى به تستحيل العناصر الملونة والخلابية للبول الى حمض اللبنيك و يتفصل حمض البوليك من اتحاداته القابلة للانحلال فيرسب ويعقب التخمر الحمضى تخمر قلووى فتستحيل البولينا الى كربونات النشادر وباتحاد النشادر بفسفات المانيزيا المشتمل عليها البول ينشأ فوسفات النشادر والمانيزيا المسمى بالفسفات الثلاثى القاعدية والخميرة التي تحدث تخمر البول في المسالك البولية هي المواد المخاطية التي تنتج عن التهابها النزلى لكن للواد المذكورة تبعاً للمعالم شيرر زيادة عن ذلك تأثير آخر مهم في تكون الحصوات فانها تتخمد كواسطة انضماماً للرواسب بحيث ان التعقيدات المخاطية تكون في معظم الاحوال نواة عليها تتراكم الرواسب البولية وتركيب الحصوات المكونة من طبقة

دائرة فوسفاتية ونواة مركزية مكوّنة من حمض البولييك بوجه تبعاً  
 لنظريات شيرر بأنه مادام الخمير الحمضي مستمراً كذلك يستمر رسوب حمض  
 البولييك لكن متى طراه الخمير البولي باستمرار الانتهاب النزلي زماناً طويلاً أو  
 عقب تقاطعه الناتج عن تهيج الحصاة البولية ترسب الاملاح الفسفاتية

وتبعاً للنظريات المعلم ميكال لا يلزم تكون رواسب بولية حتى تنشأ الحصوات  
 عنها فان معظم الحصوات البولية متكوّنة ابتداءً من أوكسالات الكلس  
 وكيفية تكونها ان الغشاء المخاطي للسالك البولية يصير  
 مجلس الانتهاب نزلي نوعي يهبر عنه ميكال بالنزلة الحصوية فيه هذا الانتهاب  
 النزلي تنفرز مواد مخاطية خيطية لزجة لها ميل للخمير الحمضي فينتد  
 يظهر فيها أوكسالات الكلس وفي الابتداء تكون المواد المخاطية الاوكسالية  
 الكلسية ذات قوام هلامي وتأخذ شيئاً فشيئاً من البول المتفسدة عظيمة من  
 اوكسالات الكلس فينتد تزداد صلابة وتنجبر اتشاء ومادام البول كثير  
 الحمضية يعظم حجم الحصاة بتكون طبقات جديدة من أوكسالات الكلس  
 المخاطية التي تتراكم عليه وتنجبر كذلك فان صار البول في ابعده قلوباً يتقدم  
 الانتهاب النزلي في السير ولا تنمو الحصاة بتراكم جديد بل بالتداعخل الجزئي  
 مع استتالة جديدة بمعنى ان أوكسالات الكلس تزول أو تنظر د ابتداء بحمض  
 البولييك ثم يولات النوشادر ثم بالاملاح الفوسفاتية وأخيراً يتكون عن  
 الحصوات الاوكسالية بهذه الكيفية حصوات فوسفاتية ولو اردنا التعرض  
 لما نقص من هذين التوجيهاً الى الاعتراضات التي تتوجه الى حقيقة تمام  
 اطال علينا الكلام وخرجنا عن الموضوع وكذا من المعلوم ان الاستعداد  
 الوراثي في تكون الحصوات غير واضح أيضاً بل قد نشهد في بعض فروع  
 عائلة واحدة نوع واحد من الحصوات والرجال عرضة لها أكثر من  
 النساء وسن الطفولية لا يكون مصوناً منها بل يكثر تكونها في الرمل فيه  
 ويكثر وجود هذا المرض في بعض الافاليم زيادة عن الاخرى كانسكلترة

ويظهر ان شرب المياها المحتوية على الكلس ليس له دخل في تكون  
 الحصاة بخلاف المشروبات المخمرة المحتوية على حمض الكربونيك فان له  
 دخلاً في تكوونها وبالاقول في تكون الحصاة المحتوية على أوكسالات الكلس

ويجسع المؤثرات المضرة التي تهيج المسالك البولية وتؤدي الى التهابات  
نزلية فيها يمكن ان تكون سببا لتكوين الحصوات لكن من الامور المهمة  
كون بعض الالتهابات النزلية يستمر زمن اطول بلا بدون تكون تجمعات  
حصوله بخلاف البعض الآخر فانه يؤدي لحصولها بسرعة

( تنبيه تكون الحصوات بالنسبة للقطر المصري يختلف فيكثر جدا الى الاقاليم  
البحرية منه ويقبل جدا في الاقاليم القبلية فليس السبب في ذلك شرب  
المياه العكرة النيلية كما تزعمه العوام بل كثرة حصول الالتهابات النزلية  
في الاولى دون الثانية وذهب بعضهم في العصر الاخير الى ان كثرة تسكون  
الحصوات البولية في المثانة مبنية على وجود فواتر متولدة من الدودة  
البهاريسية ( المعروفة بالديستوما هيما تويوم )

( الصفات التشريحية ) \*

يختلف كل من عظم الحصيات البولية وعددها وشكلها وتركيبها الكيماوي  
والصغيرة جدا منها التي توجد بدب مدد عظيم عادة تسمى بالرمل البولي  
وأما شكل الحصيات ولونها فبعضها يان باختلاف تركيبها وقدميز لها  
الانواع الاتية

أولا الحصيات المتكونة من حمض البولييك والاملاح البولية وهي  
مستديرة أو بيضاوية وذات لون أحمر مسمر عادة صلبة جدا وثقيلة الوزن  
وسطحها اما أملس أو ذو نتوءات

ثانيا الحصيات المتكونة من أوكسالات الكلس وتكون ذات سطح ذي نتوءات  
أو حلي ولذا تسمى بالحصيات التوتية وهي صلبة جدا ولونها أسمر داكن  
أو مسود ( وهذا ناتج عن المادة الملونة للدم المتغيرة المختاطة بها ) ومع ذلك  
توجد حصيات صغيرة من أوكسالات الكلس شبيهة بحب المشد الخ

ثالثا الحصيات المتكونة من فوسفات النوشادر والمانيزيا ومن فوسفات  
الكلس وتكون ذات لون مبيض أو سنجابي وذات شكل مستدير أو بيضاوي  
ووزنها النوعي خفيف وذات قوام هش طباشيري

رابعا الحصوات المتكونة من السستين وهي نادرة ولونها عادة أبيض مصفر

ملساً ويندران يكون سطحها اذا اتحدت بان  
خامسا الحصوات المتكونة من الاكستين وهي اندر من السستينية وصلابة  
جدا ولونها أصفر محمر و سطحها أملس عادة

سادسا الحصوات المتكونة من جملة طبقات مختلفة التركيب وهي كثيرة  
واحيانا يكون حمض البولييك النواة او كسالات الكلس تكوّن الغلاف  
ويندر العكس والغالب ان تكون الحصوات مكونة من عدة طبقات فيها  
يكون الغلاف مكونا من الاملاح الفوسفاتية ومحتويا على نواة متكونة اما  
من بولات الكلس او كسالاته او من عدة طبقات متكونة على التعاقب من  
أحد هذين الجوهرين

ثم ان الحصوات المثانية تكون اما سابية في المثانة فتتغير أوضاعها بتغير  
أوضاع الجسم أو تكون مثبتة في انبعاثات أو جيوب من الجدر المثانية  
والغشاء المخاطي المثاني يكون في حالة التثاب تزلز أو تفرح نزلي والطبقة  
العضلية تكون في حالة ضفافة ومع ذلك فقد تفتقد جميع هذه الظواهر متى  
كانت التجمعات الحصوية ملساً وخفيفة

\* (الاعراض والسير) \*

لا يكثر وجود احساس واضح في المرضى بالحصيات المثانية ووجود جسم  
غريب عندهم في المثانة يتغير وضعه باختلاف أوضاع الجسم فالعرض  
الرئيس الملازم هو الألم في قسم المثانة الذي يزداد بالوقوف والمشي والركوب  
ونحو ذلك ويتناقص عند ملازمة الاستلقاء على الظهر وهذا الألم يمتد على طول  
القضيب الى الحشفة فيحدث اكلانا شديدا في القلفة وعلى الخصوص عند  
الاطفال بحيث يلجؤهم الى حذبها وحكها ولذا ان كلامنا انتفاخها  
الاؤذ بماوى واستطالة القضيب استطالة غير طبيعية عند الاطفال يعدمن  
العلامات التشخيصية للحصيات المثانية أو اقله يظن منه بوجودها عندهم  
وفي انشاء التبول ينقطع سلسول البول فجأة بسبب وقوف الحصاة امام  
عنق المثانة وسده له فاذا غصير المريض وضعه امكن خروج البول واتمام  
حركة التبول ثانيا وفي الاحوال التي فيها يكون التبول سهلا غير مؤلم في  
الابتداء يكون انتهاء حركة التبول مصحوبا بالألم شديدة عادة وهذه الام

تصطبب بالأم احرى في الخصيتين والفخذين والقسمين الكلوبين  
وبانقباض تشنجي في الاست والى ظواهر انعكاسية عمومية احيانا وجميع  
هذه الاعراض بل واعراض النزلة المشانية أيضا والبول الدموي الذي  
يحصل زمنافز منالالتكني لتأ كيدالتشخيص فلايفبغى للطبيب حينئذ  
الحكم بوجود الحصيات المشانية الابعدا لتأ كيدمن وجودها بواسطة  
الجلس بالقسطير

\* (المعالجة) \*

لم يثبت الى وقتنا هذا انه يمكن الوصول الى حل حصيات مشانية عظيمة  
بواسطة جواهر دوائية باطنية ولو ان الحصول على ذلك طبقة للنظريات  
الكيمائية لا يمكن انكاره وعلى حسب تركيب الحصيات المشانية قد اوصى  
باستعمال وسائط علاجية تصير البول قلوبا تارة أو تزيد في حمضية تارة  
اخرى فانالة القصد الاول من المعلوم انها سهلة أكثر من الثاني لان  
الكربونات القلوية والاملاح النبائية القلوية التي تدخل في الجسم تنقذ  
مع البول على صفة كربونات قلووية لكن بعسر علمنا ازيد يادحض البول  
واستعمال حمض الجاويك الذي ينفر زمع البول على هيئة حمض فوق بولييك  
لاجل تحليل الحصوات الفوسفاتية جاز طبقة للنظريات لكن في الحقيقة  
لا يمكن استعمال هذا الجوهر استعمالا مستمرا بمقدار عظيم بسبب تأثيره  
المضر على المسالك الهضمية ويمكن ان يكون لاستعمال حمض الطرطريك  
أو الليونيك تأثير جيد في تحليل الحصيات الفوسفاتية لكن هذه الجواهر  
وان كانت لطيفة التأثير في القنات الهضمية الا انه لم يتيسر استعمالها الى  
الآن في الطب العملي بل المستعمل عادة الكربونات القلوية بدون التفات  
الى التركيب الكيمائي للحصيات وارسال المرضى الاغنيا الى الينما بيع  
القلوية المعدنية كوشى وكرلوس بادونجو ذلك فان الينما بيع المذكورة وما  
ماثلها الهاشيرة تامة في معالجة الحصيات البولية ويظهر ان التأثير الجيد  
للمعالجة بهذه المياه المعدنية القلوية الفاترة ناتج عن التأثير الجيد الذي  
تحدثه هذه المياه على الاتهاب النزلي للمسالك البولية الذي هو الينبروع  
الرئس لتكون الحصيات فيها وطبقة للنظريات ميكال استعمال الكربونات

القلوية والاملاح النباتية القلوية واجب فانها تصير البول قلويا وتعين على استحالة الحصوات الاوكسالية والحضوية البولية الصلبة الى حصوات فوسفاتية رخوة سهلة التفتت وعلى كل حال ينبغي الاثشاء بعدم استعمال معالجة جديدة مؤسسه على النظريات بخلاف المعالجة القديمة المستعملة الى وقتنا هذا ولا تثق باستعمال طرق علاجية جديدة مؤسسه على نظريات غيرا كيدة الى ان يتضح الحال وزيادة عن الكربونات القلوية وفوسفات الصودا اللذين يعطى من كل منهما نحو ٨ جرام (أعنى درهمين) كل يوم قد استعمل أخيرا كربونات الليثيوم واشتهر هذا الجوهر في معالجة الحصوات بحيث ان كثير من اطباء يوصى به وما كنا نعتبر هذا الايصاء لو كان مر تكنا فقط الى مجرد التقلات النظرية وهي ان قوة حل هذه الكربونات للحصوات البولية أعظم من حل بي كربوناتهما بقدرست مرات او يزيد لكن حيث ذكر بعض اطباء المعثرين جد التجارب تؤيد منفعة كبرونات الليثيوم في الاكلينك فن الجايز التماضى على استعماله في الاحوال الالايقة فيعطى من ذلك كل يوم ٣ مرات من ٥ حتى ٢٥ (اعنى من قعدة الى ٥) ومع هذا الامناع من استعمال شرب ماء ويلدنجير أو فيشى أو كروس باد واما معالجة التهابات التزلية المثانية والتزيف المثاني التي تنتج بكثرة عن الحصيات المثانية فقد ذكرناها فيما تقدم واما العمليات الجراحية التي تستعملها الحصيات فهي من خصوصيات فن الجراحة

(تنبيه) المعالجة الطبيعية المذكورة في هذا البحث هي عين ما يستعمل في معالجة التجمعات الحصوية الكلوية ولعدم التكرار لم يذكر المؤلف في مجت الحصوات الكلوية الامعالمجة المغص الكلوى نفسه

\* (في الامراض العصبية للمثانة) \*

الحالة العصبية الطبيعية للمثانة وكيفية انقذ البول لم ينزل فيها بعض امور غير واضحة بالنسبة لعلم الفسيولوجيا فالظاهرة المعروفة مما لان كون الشخص السليم اذا امر بقذف البول لا يمكنه ذلك اذا كان شخص آخر مشاهد له وكذا الظاهرة الاخرى وهي كون أغلب الاشخاص عقب تزولهم بقاءة من ركوب نحو عربة أو فرس لا يمكنهم قذف البول الا بعد بعض زمن

فكلا هذين الامرين لا يمكن توجيهاهما توجيها كافييا ومع ذلك يسهل علينا  
دراسة التغيرات العصبية للمثانة مع الفهم متى قسمناها الى امراض عصبية  
حسية والى امراض عصبية تحررية وميزنا امراض الحسية الى التهيج  
المثاني أى ثوران الحس والى ضعف حساسية المثانة والتحررية الى تشنج  
المثانة وشللها

(المبحث السابع فى تهيج المثانة العصبى)  
(أى ثوران حساسيتها)

ثوران حساسية المثانة يشاهد خصوصا عند الاشخاص المفرطين فى شهوة  
الجماع خصوصا المنهمكين على الاستمنا باليد (ويعرف بجلد عميرة) فان امتلاء  
المثانة يحدث عنده هؤلاء الاشخاص قطبا عظيما للتبول فاذا لم يمكن اخراج  
البول حالا حصل عندهم آلام فى قسم المثانة وعلى طول القضيب والقدرة  
على حجز البول فى المثانة عنده هؤلاء الاشخاص لا تكون مضطربة بحيث  
لا يكون ثوران الحساسية فى هذه الحالة مرتبنا باضطراب عصبى فى حركة  
المثانة لكن احيانا يكون ثوران حساسية المثانة مصحوبا بتناقص فى قوة  
الاياف العضلية المثانية المستطيلة أى القاذفة للببول ولذا تسمى  
العوام والحق معهم ان سلسول الببول القوي علامة على قوة الشهوات  
التناسلية والسلسول الضعيف للببول علامة على عكس ذلك ويشاهد ثوران  
حساسية المثانة بدرجة عظيمة احيانا عند الاشخاص بعد البرد من السيلان  
المجرى بحيث ان مثل هؤلاء المرضى تمتنع عن اشغالهم بالسكينة لعدم قدرتهم  
على حجز البول مدة ربع ساعة تقريبا وبذلك يصيرون فى حالة يأس عظيم  
وهذا الشكل من التهيج المثاني وان تضاعف كثيرا بالتهاب نزلى خفيف  
فى المثانة الا ان عدم قدرة المثانة على تحمل تنبيهه تحصلها هو العرض  
الرئيس الكثير الوضوح فى هذا الشكل من النزلة المثانية ولا يشاهد فيه افرار  
مخاطى غزير مطلقا

وفى الاشكال الخفيفة من تهيج المثانة العصبى التى تشاهد عند الاشخاص  
المنهمكين على الافراط فى شهوات الجماع وجلد عميرة يوصى عادة بزيادة عن  
تجنب السبب باستعمال الحمامات الباردة فى الانهر والبحار والحمامات

الجلوسية الباردة او التشلشل البارد وأما في الاشكال الثقيلة لهذا المرض  
كأنى تعقب السيلانات المجرية فقد شاهدت شفاءها باستعمال بلسم  
الكوباي بمقدار عظيم بعد استعصامها على المعالجة المنتظمة بالماء البارد  
وحقن المثانة وغيرهما من الوسائط العلاجية وأما الام العصبية للمثانة  
أعنى التنبيه المؤلم في أعصابها الحاسة الذي لا يكون متعلقا بتهيجات اثرت  
في انتهاباتها الدايرة فليس عندي لها مشاهدات اكبدة

(المبحث الثامن في ضعف)  
(حساسية المثانة)

يوجد اشخاص لها قدرة على تحمل كمية عظيمة من التجمع البولوي في المثانة  
بدون ان يحسوا بتطلب عظيم للبول ومع ذلك لا تعتبر هذه الحالة حالة مرضية  
وعكس ذلك يقال في التبول الليلي فإنه ينسب لضعف حسي غير تام في  
الاعصاب الحساسة للمثانة اولة لثانة اولة لثانة اولة لثانة اولة لثانة التي  
تكون سببا لتعذيب الاطفال اولتكدربعض العايلات فيما اذا كان موجودا  
في العايلة طفل كبير مصاب بهذه العاهة تنسب عادة لشلل غير تام في المثانة  
ومهما كثرت مشاهدات التبول الليلي لا يرى فيه ان العضلة العاصرة مدة النهار  
ليست متممة لوظايفها وان الاطفال تبول نقطة فنقطة أو ان يوجد عندهم  
ازدحام وصرعة عند التطلب للبول فحينئذ لا يمكن توجيه التبول الليلي  
الا بكيفيةين اما ان تكون حساسية المثانة التي يحدثها تجمع كمية من البول  
فيها موجودة الان قوتها ليست كافية في ايقاظ الاطفال من نومها  
الطبيعي وان الحساسية المذكورة على حالتها الطبيعية لكن النوم عميق  
جدا ففي الحالة الاخيرة التبول الليلي يشابه في حصوله الظاهرة المعروفة  
من كون بعض الاطفال تقع من فراشها بدون ان تستيقظ وأما في احوال  
التبول الليلي الذي يشاهد عند المراهقين فن السادر جدا ان يكون ناشئا  
عن استغراقهم في النوم ويندر ان التبول الليلي الذي يشاهد على الخصوص  
عند الاطفال ويستقر غالبا الى سن البلوغ يمتد احيانا الى سن العشرين  
وينبغي للطبيب معرفة هذا الامر والاخبار به اذ بذلك يمكن تسكين روع المرضى  
واهلهم الايسين



وفي العادة لا يعطى للأطفال المصابة بالتبول الليلي وقت المساء مشروبات  
 بكثرة ولا اغذية سائلة وتوقظ مدة الليل مرة أو وجه - لته من ار لاجل التبول  
 وهذه الاحتراسات وان كان لا يمكن ذمها فليست ذات منفعة عظيمة جدا  
 لكن الذي نذمه بكثرة هي المساواة التي تعامل بها بعض الاطفال كالضرب  
 ونحو ذلك ما لم يكن البول الليلي نتيجة الكسل من القيام من الفراش اذ  
 في المدارس وغيرهما من محلات تربية الاطفال وبيوت الملتمة طين كثيرا  
 ما تستعمل المساواة المفزعة في ذلك بدون فائدة وقصارى الامر نقول ان  
 الخوف من النعاس والسهر كثير اما يكونان سببا للتبول الليلي لوقوع الطفل  
 بعد السهر في نوم غريز والاطمئنان في النوم كثيرا ما يكون مانعا له ولذا  
 نجد ان الاطفال الخوفهم يستيقظون اولاً ثم يقومون في نوم عميق فيكون  
 هذا سببا في استمرار الداء عندهم واما اذا اطمانت الاطفال واعطى لهم  
 جوهر دوائى خفيف التأثير جدا وسكن روعهم بذلك فن الجائز انهم  
 يستيقظون في الوقت المطلوب ويمتنع حصول هذا العارض عندهم زمنا  
 طويلا أو يزول بالكليمة وكثيرا ما يولغ في جودة جواهر وقيل انها سريرة التأثير  
 ونافعة جدا في البول الليلي وهذه الافاويل وان لم يجزم بصدقه الكمن من  
 الاكيدان كلام من تأثيرها ونجاحها ناتج عن الاعتقاد فيها وتسكين روع  
 الاطفال بها امن تأثيرها الدوائى الخاص ولذا لا ينبغي للطبيب الاهمال في  
 تسكين روع المرضى المصابين بهذه العاهة وتعليمهم بزوالها واعطائهم مع  
 ذلك جواهر دوائية غير قوية التأثير وتطمينهم في نجاحها اذ كثيرا ما يحصل  
 باستعمال هذه الطريقة عند الاطفال خصوصا عند البالغين نجاح وقتي  
 يستمر فيما بعد بحيث تصير المرضى وأهلهم متعجبين من ذلك ويعطى في مثل  
 هذه الاحوال عادة امامة ادير صغيرة من بي كربونات الصودا ومن الاملاح  
 الحديدية أو خلاصها من الجواهر الخفيفة التأثيرا وكأوصى به في العصر  
 الاخير المع لم ترسوا باعطاء المصاب بذلك قدر سنجرام واحد او اثنين اعنى  
 من  $\frac{1}{10}$  من قعقة من مسحوق البلادونا مع جزء مساو له من خلاصتها واما  
 استعمال الجواهر القوية التأثير كالاستر كنين والذراريج وشراب يودور  
 الحديد بكمية عظيمة والحقن بسوائل مهيجة في المثانة فينبغى تجنبه ومن المهم

اعتبار دلالات علاجية مخصوصة تتخذ من الحالة العامة للرخص

وقد يحصل بعض فائدة عند البالغين المعتريهم البول الليلي من جهاز مدح في  
جزيئات العصر المستحب وهذا الجهاز الصغير يشتمل على قطعة من الجلد  
او الصمغ المرن حجمها كالقولة وفي وسطها فتحة صغيرة بوضع فيها عروة رباط  
مرن بلا الفتحة جذب بحيث يعسر تحريك تلك العروة فيدخل في هذه العروة  
اطرف القلفة المنجذب امام الحشفة ثم تجذب العروة جذبا مانسا يفتنسد فوهة  
القلفة بحيث يحتبس البول عند التبول الليلي في باطن القلفة الممتدة  
فيستيقظ الذي يبول في فراشه بواسطة توتر القلفة عند اندفاع البول  
وهذا الجهاز لا يثر الا عند البالغين الذين لم يحتنقوا

(المبحث التاسع)  
(في تشنج المثانة)

كثيرا ما يحصل انقباضات قوية في عضلات المثانة عقب تأثير مهيجات  
على سطحها الباطن من وجود اجسام غريبة كالحصيات المثانية كما ان  
الانقباضات المذكورة تصاحب اغلب التغيرات العضوية للمثانة لكن حيث  
جرت العادة بان لا تعس من جملة الامراض العصبية التهيجات المرضية  
للاعصاب المحركة لعضو تامي كانت هذه التهيجات ظواهر انعكاسية  
ناجبة عن تهيج الاعصاب الحسية لهذا العضو بالامراض التي تصيب جوهره  
فلا نطلق لفظ تشنج مثاني على الانقباضات العرضية لعضلات المثانة  
التي تسمى بالانقباضات التشنجية العرضية بل نطلقه على التهيجات  
المرضية للاعصاب المحركة للمثانة غير المتعلقة بتغيرات جوهرية مدركة  
في جدر المثانة

وقد ميز الشهير رومبرغ اسباب التشنج المثاني الى مؤثرات دماغية ونخاعية  
وانعكاسية اما بالنسبة للاولى فلنذكر الامر المعلوم وهو ان حالة تنبيه العظيم  
السبب اتوى وان كانت غير داخلية تحت الارادة الا انها ليست بالكلية غير  
متعلقة بحالة تنبيه الالياف والعقد العصبية للدماغ الا ترى ان الانقباضات  
النفسية لها تأثير واضح في تنبيه الالياف السمباتوية فكما اننا نرى بتأثير

الحروف والغزح حصول انقباضات في الالياف العضلية للجماد المعروفة بجلد  
الاوزري كذلك انقباضات في الالياف العضلية المضيق للمثانة وتطلبها شديدا  
للبول بتأثير عين الاسباب النفسانية المذكورة وكذا في أحوال التهيجات  
الالتهابية للخصاع الشوكي والتغيرات المادية للدماغ قد تحصل انقباضات  
تشنجية في الطبقة العضلية المضيق للمثانة تبعاً لروميرغ وهذه الظاهرة عسرة  
التوجيه حيث ان الطبقة العضلية للمثانة تنشأ اعضابها من العظيم الدهب اتوى  
غير ان هذا الانقباض التشنجي يشابه في حصوله الانقباضات التشنجية للمثانة  
عقب الانفعالات النفسية وأكثر ما يحصل التشنج المثنائي بطريقة الانعكاس  
اذ عند الاشخاص الكثيري الحساسية يحدث تهيج الاعصاب الحساسة لقناة  
مجرى البول بواسطة التسطرة مثلاً انقباضات تشنجية في العضلات  
العاصرة للمثانة وقد يحصل هذا التشنج في احوال تهيجات المستقيم لاسيما  
الرحم وبالجمل في أحوال أخرى قد يكون هذا التشنج المثنائي من جملة ظواهر  
مرض عصبي عومي وتنسب هذه الاحوال لثوران مرضي في المجموع  
العصبي المعبر عنه بالاستريا

### \* (الاعراض) \*

اعراض التشنج المثنائي تختلف على حسب كون الطبقة العضلية المضيق  
هي المصابة بالتشنج أو العضلة العاصرة لها ففي الحالة الاولى ينشأ عن امتلاء  
المثانة ولو القليل جداً زحير وتطلب عظيم للتبول فلا يكون للريض قدرة  
على حجز البول باقْباض العضلة العاصرة الا بتعب عظيم جداً بحيث ان  
البول يسيل على الدوام وهذه الحالة تعرف بسلس البول التشنجي واما اذا  
كانت الالياف العضلية للعضلة العاصرة مجلس التشنج فلا يكون للريض  
قدرة على قذف البول الا بجهودات عظيمة جداً نقطة فنقطة وعلى هيئة  
سلسول رقيق جداً وهذه الحالة تعرف بعسر التبول التشنجي وقد يكون  
انسداد المثانة تماماً فيحصل انحصار البول بالسكبية وهذه الحالة تعرف بانحباس  
البول التشنجي واما اذا كان كل من العضلة المضيق والعاصرة مصاباً بالتشنج  
معاً فإنه يحصل عند المررض حالة كرب مؤلمة للغاية فمن جهة يوجد عنده  
زحير بولي مؤلم جداً ومن جهة أخرى لا يكون له قدرة على قذف البول وخروجه

وفي مثل هذه الاحوال يمكن ان تمتد الآفة التشعبية الى اعضاء مجاورة اخرى  
فيشاهد زحير مستعصي او اهترازات في جميع الجسم أو تشنجات عامة ومن  
العلامات الواصفة للتشنج المشائي المتعاقب بين الفترات الخالية والنوب  
المؤلمة الشديدة وهذه النوب لا تزيد مدتها عن بعض دقائق غالباً واحياناً  
تستمر قدر نصف ساعة او تزيد وتعود في فترات كثيرة الطول أو قليلة وتزول  
عادة بمزعة كما ظهرت

وحيث ان التشنج المشائي العصبي مرض نادر الحصول وتمييزه عن غيره من  
أمراض المشانة صعب جداً ينبغي الاحتراس والتأني في تشخيصه فلا  
يحكم بوجود تشنج مشائي عصبي حقيقي الا بعد البحث الجليد عن  
البول واعتبار الظواهر المرضية المصاحبة اعتباراً دقيقاً كما لنسخدم  
وجود امراض اخرى مثالية فبعد القسرة الجليدة والتأكد من عدم  
وجود اجسام غريبة في المشانة يجوز تخصيص تشنج المشانة العصبي  
وفي معالجة التشنج المشائي العصبي ينبغي اولاً اجراء ما تستدعيه المعالجة  
السببية ففي بعض احوال مثل تفعل الوسائط التي يحصل بها شفاه تشقق  
المستقيم او التي بها تشفى الاحتقانات المزمنة للرحم والتهابات المزمنة فان  
هذه هي أقوى الوسائط نفعا في التشنج المشائي العصبي وفي احوال اخرى  
يزول هذا المرض متى أمكن تنويع تغذية المريض وازالة التنبيه المرضي  
للجموع العصبي بواسطة تغير الاحوال المسببة للمرض وفي أثناء النوبة  
يوصى باستعمال الحمامات الفاترة العمومية او الجلوسية والحقن بمنقوع  
البابونج او حشيشة الهر المضاف اليها جواهر مسكنة انما الاجود من ذلك  
نفا استعمال المركبات الافيونية من الباطن وقد أوصى المعلم بيتا في هذا  
المرض باستعمال الجسات الشمعية الرخوة وادخالها في المشانة مع  
الاحتراس العظيم

(المبحث العاشر)

(في شلل المشانة)

شلل المشانة اما ان يكون مصيباً للعضلة العاصرة المشائية او المضيق لها أو  
سكتتهما معا ومن المعلوم ان انقباضات العضلة المضيقة للمشانة ليست

متعلقة بالارادة بل حصولها يكون بطريقة الانعكاس بواسطة التبرج الواقع  
 من البول على جدر المثانة المتجمع فيها واما انقباضات العضلة العاصرة  
 فهي بعكس ذلك تحت الارادة وتوتر العضلة العاصرة الطبيعي يكفي عند  
 وصول امتلاء المثانة لدرجة معلومة في مقاومة انقباضات العضلة المضيقية  
 للمثانة التي تحدث ضغطا مستمر اعلى تحصلها وتجتهد في فتح عنقها فتجوز  
 امتلاء المثانة لدرجة المذكورة وصار قويا انقهر التوتر الطبيعي للعضلة  
 العاصرة وحينئذ لا بد وأن يحصل فيها انقباضات ارادية ان لزم الحال لجز  
 البول ومن هذه الاعتبارات الفسيولوجية تتضح نوعا اسباب الشلل المثاني  
 فمن ذلك يتضح ابتداء بسهولة ان الامراض العضوية للدماغ والاضطراب  
 العام في الامراض الحمية الثقيلة التي فيها وظائف الدماغ تكون منقطة  
 انقطاعا عظيما يكون شلل العضلة العاصرة للمثانة من الظواهر السكثيرة  
 الحاصلة في هذه الامراض واما شلل العضلة المضيقية للمثانة فنادر الحاصل  
 فيها فيشاهد عدد عظيم من المرضى المصابين بالسكتة الدماغية وبالحميات  
 التيفودية يبيون فراسهم أكثر من الذين يلجئ الحمال عندهم للقسطرة  
 ثم متى امتد الشلل من الجموع الدماغية النخاعية الى العظم السمبائوي  
 وحصل ايضا شلل عظيم في الحركة غير الارادية وتعدر الازدراد وانتفخ  
 البطن انتفاخا طبيعيا بسبب شلل الطبقة العضلية المعوية اشتراك  
 العضل المضيق للمثانة في الشلل ايضا معها وحينئذ يصل تمدد المثانة الى أعلى  
 العانة وما يعين ايضا على سلس البول في الاحوال المرضية المذكورة هو ان  
 كلام من امتلاء المثانة وسلس البول كغيرهما من التنبهات الدائرية لاعضاء  
 اخرى لا يصل الى القوة المدركة وكذا لا يحصل الفعل الارادي الذي ينتج عنه  
 انقباضات في العضلة العاصرة وسد المثانة وبالجملة لانه في بعض  
 الاحوال النادرة من السكتة الدماغية والتيفوس ونحو ذلك قد يحصل قبل  
 الشلل العمومي شلل في العضلة المضيقية للمثانة بدون ان يمكننا توجيه هذه  
 الظاهرة وكذا في امراض الخجاج الشوكي طبقا للمعلومات الفسيولوجية التي  
 ذكرناها يشاهد شلل العضلة العاصرة للمثانة بكثرة جدا عن شلل العضلة  
 المضيقية فلذا نرى ان اغلب المرضى المصابين بشلل النصف السفلي يحصل

عندهم سلس البول بسبب انقطاع تواصل السيمال العصبي الى الخنخاع  
الشوكي ولذا تلجئ لاستعمال اواني لاستقبال البول لعدم بلهـم دائمًا  
ويندران يحتاج الحال لقسرة عنـدمثل هؤلاء المرضى يسبب نذرة شلل  
العضلة المضيق للثمانية ومع ذلك قد يكون الاخير هو الواقع وذلك على حسب  
مجلس الاصابة فان العقد العصبية الخنخاعية يظهر انها هي واسطة توصيل  
التنبيه من الاعصاب الحساسة المثنائية الى اعصاب هذا العصب المحركة  
من الجائزانه اذا كان جزء الخنخاع الشوكي المنفسـدهو الذي فيه يتم هذا  
التوصيل يحصل شلل في العضلة المضيق للثمانية وينعكس ذلك اذا كانت  
اصابة الخنخاع الشوكي اعلى هذا الجزء فانتقال التنبيه وتوصيله من الدماغ  
الى العضلة العاصرة ولو انه يكون منقطعاً الا ان توصيل التنبيه من الاعصاب  
الحساسة المثنائية الى الاعصاب المحركة للعضلة المضيق للثمانية لم يزل مسـتـمرا  
وقد تحقق لي هذا الاستنتاج الفسـيولوجي جيداً في عدد عظيم من  
الاحوال التي شاهدتها في الزمن الاخير وقارنتها مع بعضها من هذه الحيثية  
وزيادة عن اشكال هذا الشلل المثنائي المركزي اى الذى سببه في المراكز  
العصبية توجد اشكال اخرى تسمى بالشلل المثنائي الدائري اى التي فيها  
انتهأت الاعصاب تكون مكابدة لتغيرات مرضية وتفقـد قابلية التنبيه الا انه  
لا يمكننا اثبات صفة التغير التـشـريحي الذى تكابده الانتهاآت العصبية  
المذكورة وبالجملة يعتبر من هذا القبيل شلل المثنائية العضلي الناشئ عن  
تغيرات جوهرية في الالياف العضلية والفرينات العصبية الانتهائية  
متموزعة فيها والاسباب الغالبة لهـذا الشكل من الشلل المثنائي هي  
التوترات الشديدة للعضل المثنائي واشترآكه مع الغشاء المخاطي في الاصابة  
المرضية ومن الجائز ان التمدد المفرط للثمانية الذى ينتج عنه عائق في استفراغ  
البول عند الاشخاص الممتنعين حياً من استفراغ المثنائية زمناً طويلاً  
يمكن ان ينتج عنه شلل مسـتـمـر فيها وكذلك الانتهاآت المثنائي التري يمكن  
ان يؤدي الى حصول الشلل المثنائي خصوصاً عند الشيوخ وذلك بامتداد  
الالتهاب الى الطبقة العضلية المثنائية

## \* (الاعراض) \*

اعراض الشلل المثاني تختلف بحسب مجلسة فحتى كان الشلل قاصرا على العضلة العاصرة وكان تاما سال البول سيلانا غير ارادى اذا وصل امتلاء المثانة لدرجة لا يكفي فيها التوتر الطبيعي للعضلة العاصرة في حفظ عنق المثانة منعقلا واما ان كان شلل العضلة العاصرة غير تام فانه وان أمكن المرضى مقاومة التطلب للبول متى ابتدأت المثانة في الامتلاء ببعض زمن لكنهم يلتجئون للسرعة والوصول لمحل التبول لانه اذا استطالت المدة واشتد التطلب للتبول لا تتم العضلة العاصرة وظيفتها فلا يمكن حجز البول حجزا اراديا وهذا الشلل غير التام للعضلة العاصرة المثانية بمصاحب الشلل غير التام للاطراف السفلى في امراض النخاع الشوكي مصاحبة كثيرة الحصول وينسب لانقطاع غير تام في توصيل السيال العصبي في النخاع الشوكي

وفي شلل العضلة المضيقية للمثانة قوة التوتر الطبيعي للعضلة العاصرة لا تنقهر عند وصول درجة امتلاء المثانة الى الحالة التي تنقهر فيها عادة عقب نقباض العضلة المضيقية للمثانة فتتمدد المثانة اذا لم تستفرغ استفرغا صناعيا تمددازائدا عن الحد وعند توتر جدر المثانة توتر اعظيما او بفعل العضلات البطنية (ان لم تكن مصابة بشلل أيضا) ينقذف جزء من البول محتوية عليه المثانة وان كانت الحالة المرضية قاصرة بالسكابة على العضلة المضيقية للمثانة فيمكن للكريض حجز البول زمنيا طويلا وبقطعه بالارادة واما اذا كان شلل العضلة المضيقية للمثانة غير تام فلا يصل تمدد المثانة الى درجة عظيمة كما في الحالة السابقة لكن عند استفرغ البول تجتهد المرضى في مساعدة العضلة المضيقية للمثانة بتقلص عضلات البطن بحيث انه وقت خروج البول كثير اما تخرج منهم غازات معوية ومهما كانت الجهود والعضلية فان البول لا يخرج في مثل هذه الاحوال على هيئة قوس قوى بل يخرج نقطة نقطة سقوطا عموديا بين الفمغذين وهذا الشلل غير التام في العضلة المضيقية للمثانة يوجد خصوصا عند الأشخاص المنهوكين والمفرطين من الشهوات التناسلية وفي المرضى الذين يوجد عندهم في آن

واحد شلل في العضلة العاصرة والمضيق المثنائين توجد المثنانة على الدوام  
في حالة تمدد عظيم فان قوة التوتر الطبيعية للعضلة العاصرة يتأخر انقهارها  
عن الحالة الطبيعية لكن عند ازدياد امتلاء المثنانة ووصوله لدرجة عظيمة  
تسيل الكمية الزائدة من البول لكن المرضى لا يملكونهم منع هذا السيال  
ولا انقطاعه بالارادة وفي العاصرة لا تقبس المرضى بامتلاء المثنانة ولا تطلب  
الاسعاف الطبي الاسباب الساس المستمرة وتبقى عند ما يخرج الطبيب  
بالعسرة من مثنانهم كمية عظيمة جدا من البول

\* (المعالجة) \*

في معالجة الشلل المثنائي لا يمكننا في الغالب ان تمام ما تستدعيه المعالجة  
السيبية خصوصاً في أشكال الشلل المثنائي الناتج عن امراض في الدماغ  
أو في النخاع الشوكي وأما الشلل المثنائي الناشئ عن تمدد مفرط في المثنانة  
فانه يستدعي وضع القساطير وضعا متكررا وذلك لاجل منع ازدياد تمدد  
المثنانة الذي يزيد في الشلل من جهة ومن جهة أخرى لاجل احداث تنبيه في  
العضلة المضيق للمثنانة وتقويتها بانقباضات قوية وقد أوصى المعلم بيديسا  
في الشلل المثنائي غير التام بوضع مجس مهمت من الشمع بدلا عن  
القساطير وادخاله لعنق المثنانة لان القساطير لا تلجى الطبقة العضلية  
المثنائية لفعل مجهودات وانقباضات عضلية وبذلك يعين على استرخائها  
وتقدم الشلل فيها وأما معالجة المرض نفسه فتستدعي استعمال التبريد إما  
على شكل غسولات أو حمامات أو تشلل أوحقن باردة فان لم تفع هذه  
المعالجة وكان ينبوع الشلل المثنائي دائرا يوجب استعمال الحقن بالماء  
في المثنانة ويكون في الابتداء فاترا ثم باردا شيئا فشيئا إلى درجة ٣٠ رومير  
وقد استعمل بعضهم التيار الكهربائي والاستريكينين لكن لم يقيس لنا  
ذ كرحالة شفيت شفاء تاما بما تين الواسطتين وعلى حسب كون ينبوع الشلل  
مركزيا أو دائريا يسلط التيار الكهربائي اما على القفا أو الفقرات القطنية  
أو عليهما وعلى القسم الخشلي والظاهران الجويدار لاسيما الحقن تحت الجلد  
بمحلول الجوادرين له تأثير جيد في شال المثنانة البسيط أحيانا



## الفصل الرابع

في امراض قناة مجرى البول

لا تتعرض هنا لجميع الامراض التي تفرح شرحها جيداً في كتب الجراحة بل تقتصر على الالتهابات المجرية

(المبحث الاول في الالتهاب النزلي المجرى الزهري)

(للرجال المعروف بالسيلان المجرى التسمي)

(وعند العوام بالزئقة)

(كيفية الظهور والاسباب)\*

في السيلان المجرى الزهري لا يكابد الغشاء المخاطي تغيرات نوعية فان التغيرات التي تشاهد فيه هي عين التغيرات التي تشاهد في أغشية مخاطية أخرى الناتجة عن المؤثرات المرضية المختلفة وتعرف بالالتهابات النزلية أو بالسيلانات ومع ذلك فالسيلان المجرى الزهري مرض نوعي فانه يختلف عن باقي الالتهابات البسيطة للغشاء المخاطي المجرى وعن الالتهابات النزلية التي تحصل في الأغشية المخاطية الأخرى بسيره ولا سيما بالنسبة لاسببه فانه لا ينشأ الا عن العدوى ولو زعم بعض المؤلفين بضد ذلك وأنكره كثير من المرضى حياً منهم والجوهر المعدى اعني السم السيلاني وان كانت طبيعته غير معروفة لنا كسم الجدري وغيره من الجواهر المسممة للجسم الا انه من المعلوم لنا ان تلك الجواهر ذات تأثير نوعي على الجسم به يحدث السيلان المجرى التسمي فقط لاغيره من الامراض سيما وانه لا ينتج عنه مطلقاً قروح زهرية لا رخوة ولا يابسة والآراء الطبيعية لم تزل مختلفة من حيثية كون السيلان المجرى يعقب بعوارض تابعة واصابة مرضية عمومية في الجسم أولاً لكن المتفق عليه الآن حتى من اطباء الذين يزعمون بحصول تغيرات مرضية اتقالية لسييلانية واصابات بنوعية عمومية سييلانية ان تلك الامراض التابعة مخالفة بالكلية للاصابات التابعة للتلصم الزهري وليس لها أدنى مشابهة بالاصابات الزهرية البنيدية ثم ان الجوهر المعدى السيلاني أصل ثابت وانما مله هو افرز الغشاء المخاطي

المريض وملاسة هذا الافراز المتجمل بالسم السيلاني لغشاء مخاطي تؤدي  
 ولا بد لانتقال المرض من شخص الى آخر او من غشاء مخاطي لاحد الاعضاء  
 الى الغشاء المخاطي لعضو اخر ثم انه يوجد بين تأثير الجوهر المعدى  
 وظهور المرض زمن فاصل يسمى بدور التفرغ ومدة دور التفرغ ينجح السيلان  
 المجري تكون من ثلاثة ايام الى ثمانية وكون هذا الداء يظهر في ظرف  
 ٢٤ ساعة عقب الجماع الدنس أو يتأخر بعده بنحو ثلاثة اسابيع أو اربع  
 فهذا ان حصل كما قاله سيمون يعد ولا بد من التاخر جدا وان كان الطبيب  
 سهل الانقياد في الاعترافات ترد عليه احوال فيها زمن التفرغ اطول  
 مما ذكر وكل طبيب مباشر لمعالجة كثير من الأشخاص المصابين بالسيلان  
 المجري أو بالداء الزهري سيما ذوى الاعتناء يظهر له ان كل من يرض يميل  
 للاعتراف بالفسق الذي وقع منه قبل ستة اسابيع او ثمانية ولا يكاد يعترف  
 بما وقع منه من قبل بضع ايام فكله كان عنده سبب في الحياء كمال  
 الى تباعد عهد التنازل ولا يعتمد على اقرار المترجمين به هذه المشابة  
 وتأكيدهم بانهم كما اعترفوا بحصول الفسق قبل ستة اسابيع كان يمكنهم  
 الاعتراف بحصوله قبل ثمانية ايام

ولا يشترط حصول العذري عند ملاسة الغشاء المخاطي لعضو ما من الاعضاء  
 للسم السيلاني كل مرة بل يختلف الاستعداد للاصابة بهذا المرض عند  
 الأشخاص المختلفة فقد دلت التجارب اليومية على انه قد يتفق ان شخصين  
 يجامعان امرأة واحدة مصابة بالسيلان الابيض الزهري ولا يصاب منهما  
 الا شخص واحد ويبقى الثاني سليما لكن لانعلم الاسباب البنيوية الموجبة  
 لزيادة الاستعداد بالدوى بالسم السيلاني او نقصه فان كلامنا التبرج  
 الباهي قويا اوضحه قيام مدة الجماع والاستفراغ المتوى التام وغيره  
 والعود على ملاسة الأشخاص الملوثة المصابة وعدمه لا يحسن توجيهها  
 كما في هذا الاختلاف ولا حاجة لذكر نظريات غيرا كبدية في  
 توجيهه ما ذكر حتى اننا لا نعلم لماذا ان بعض الاغشية المخاطية كالغشاء  
 المخاطي المجري والتناسلي عند النساء والمهني والمستقيمي يكون مستعدا  
 للاصابة بهذا السيلان التسمي دون غيره من الاغشية المخاطية التي تكون

مصونة عن الاصابة به بل الاجزاء المختلفة لغشاء مخاطى واحده تختلف في الاستعداد للاصابة بهذا المرض فان الافراز المسموم وان اُثرت في فوهة القناة الجريية يظهر السيلان الزهري ابتداءه في الحفرة الزورقية ويتضح فيها

**\* (الصفات التشريحية)**

لم يتيسر فعل صفات تشريحية عند المصابين بالسيلان الابندرة فقد اسفر تغيب الحال زمنناطو بلا قبل التحقق من ان مجلس السيلان الجري في قناة مجرى البول وفي احوال السيلان الجري الحاد يوجد الغشاء المخاطى تحت قنناخرا منة تنحنا وعطى بافراز مخاطى صديدي وجميع هذه التغيرات تكون قاصرة في الاسبوع الاول والثاني على الجزء المقدم من قناة مجرى البول عادة ولا سيما في الحفرة الزورقية الكثيرة العدد ثم فيما بعد تمتد هذه التغيرات من الصفر المذكور الى الجزء الغشائي ثم الى الجزء البروستتي لمجرى البول وفي احوال السيلان الجري الشديد جدا ينضم احيانا الى التهاب الغشاء المخاطى التهابات وارتشاحات في الاجسام المجوفة و بذلك يحصل ضيق في قناة مجرى البول من جهة ومن جهة اخرى يتعد ذرالاتفاح اى التمدد المنتظم للقضيب عند انتصابه واندر من ذلك حصولا ان تتكون في السيلانات الجريية الشديدة خراجات في المنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطى او التهابات وتقيحات في البروستة وصكذا الاوعية الليمفاوية للقضيب قد تشترك في الالتهاب ولذا لا يندر ان تنتفخ العقد الاوربية اتفاننا بعيان في السيلان الجري وليكن تقهها في مثل هذه الاحوال يعد من النوادر العظيمة

ومن المضاعفات العكسيرة الحصول لسيلان الجري التهاب البربخ والالتهاب المشافي السترلى لكن كل من هاتين المضاعفتين لا يظهر عادة الا بعد مضي اسبوع او اسبوعين اى في الزمن الذي فيه يمتد الالتهاب الى الجزء البروستتي ويحصل حينئذ امتداد الالتهاب الى القنوات الناقلة وعنق المشانة

وفي السيلان الجري المزمن يوجد الغشاء المخاطى الجري منتفعا وفيه

تجيبات فطرية والاجر به المخاطية تكون عظيمة والافراز بالاكثر يكون  
مخاطيا ويوجد في كثير من الاحوال ضخامة في المنسوج الخلوي تحت الغشاء  
المخاطي اما قاصرة على بعض الاصغار أو في امتداد عظيم فيكون المنسوج  
الخلوي اذ ذلك متكاثفا وملتصقا بالغشاء المخاطي المجري التصاقا شديدا  
وهذه التغيرات هي السبب الرئيس لاكثر التضيقات الجبرية

\* (الاعراض والسير) \*

يبتدى السيلان المجري باحساس بالكلان غير مؤلم في فوهة مجرى البول  
و يطلب بافراز قليل من مادة مخاطية شفافة وفوهة القناة الجبرية تظهر  
حينئذ مجرة احمرار خفيفا و حافتها ملتصقة ببعضها عادة بسبب جفاف  
الافراز المخاطي الذي يتكون منه قشرة رقيقة تغطي طرف الفوهة الجبرية  
ثم يحصل للمرضى ازدياد في تطلب التبول وكثيرا ما يحصل لهم قذف منوي  
ليلي وانعاط متكرر مدة النهار يجبر الشبان الى العود للجماع ثم بعد يوم  
أو جملة أيام يحل محل الاحساس بالكلان في قناة مجرى البول آلام محرقة  
تتقدم فوهة مجرى البول الى الحفرة الزورقية وهذه الآلام تشتد وتنقل  
لدرجة عظيمة عند التبول وكذا التطلب للتبول يزيد عن الابتداء بحيث  
لا يخرج وقت التبول الا نقط قليلة مصحوبة بالآلام غير مطاوعة والافراز  
المخاطي الشفاف الذي يكون في الابتداء قليلا يغزر شيئا فشيئا و بصير كثيفا  
قريبا بحيث يحدث عنه بقع مصفرة فيها بعض صلابة في ملابس المريض  
وشفتا الفوهة الجبرية تكونان محمرتين منتفختين والفضيب كله سيما الحشفة  
يكون منتفخا انتفاخا متغاوتا وقناة مجرى البول يظهر فيها الام شديدة  
عند الضغط على مسيرها وكذا القلفة تكون متحجرة متسلطة ومنتفخة انتفاخا  
او ذيما ويا بسبب سيلان الافراز المرضي عليها وامتداد التهييج الالتهابي  
اليها بحيث ينضم الى افراز السيلان المجري افراز السيلان القلبي وان كانت  
الفوهة القافية المقدمة ضيقة حصل عند المريض ما يسمى بالفيموزس أي  
الاختناق المقدم وان زحج المريض القلفة خلف الحشفة بغير احتراص تكون  
عن ذلك ما يسمى بالبارافيموزس أي الاختناق الخلقي والانعاط يكون في هذا  
الدورا أكثر مما لو لم يبتداء المرض لكن تمدد القناة الجبرية

المتربة وتوترها الذي تكاثره مدة الانعاط يحدث عنهما الام شديدة جدا غير مطابقة بتصير المرضى في حالة قلق شديدة مدة الليل ومجموع هذه الاعراض ياخذ في الازدياد مدة ثمانية ايام الى اربعة عشر ومتى وصلت الى اعلى درجة يحصل فيها تناقص تدريجي في أغلب الاحوال فتتناقص الآلام شيئا فشيئا عند التبول وكذا يتناقص احمرار الفوهة المجرية وانتفاخها ويصير الانعاط نادرا وقل ألما لكن في هذا الدور يزداد الافراز الصديدي ولذا تعتبر العامة هذا العرض جيدا ويزعمون انه ينبغي تجربة السيلان المجري لكي بذلك تتناقص مكابدات المريض

و بعد مضي ثمانية ايام أو اربعة عشر يتناقص الافراز الصديدي شيئا فشيئا ثم يكتسب هيئة الافراز المخاطي ثم يزول بالكليسة في الاسبوع الخامس أو السادس بدون ان يصحح للصناعة مدخلية في ذلك كما اثبتته التجارب الاميبواتية وأكثر من ذلك حصول استقرار الافراز المخاطي القليل الكمية مدة مستطيلة من الزمن اعني جملة اشهر او سنوات فيشاهد التناقص فوهة قناة مجرى البول مدة النهار سيما اذا مضت مدة مستطيلة من الزمن بين كل استغراغ لولي وفي الصباح اي عندما يقوم المريض من فراشه يخرج من فوهة المجري البولوية التي كانت ملتصقة نقطة عظيمة من الافراز المجمع مدة الليل والبقع الجافة التي تتسكون هن هذا الافراز المزمن في ملابس المريض تكون ذات لون سحابي مصفر من الوسط وهذا السيلان المزمن يعرف بالسيلان المجري التابعي وبالنقطة العسكرة ومتى تعرضت المرضى لسبب من الاسباب المضرة مدة وجود هذا الافراز المزمن يحصل ارتداد في السيلان المجري ثانيا فيزداد الافراز جسدا ويصير صديديا واما الآلام فلا تعود عادة وأكثر ما تحصل هذه الترددات المذكورة من الافراط في الجماع أو من الافراط من تعاطي المشروبات الروحية وقد تحصل هذه النتيجة أيضا من تأثير البرد والتعب الجسمي الشديد

ثم ان اعراض السيلان المجري وسيره قد يظهر فيها اختلافات متعددة وهذا بالنسبة لاختلاف شدة الظواهر الالتهابية ومدتها ودرجة الآلام والاحمرار والانتفاخ ولذا يميز بعض الاطباء السيلان المجري بجملة اشكال وعدمها السيلان

المجرى الجرى والالتهابي والتهيجي والضعفي لكن لا حاجة لهذا التمييز في  
 الطب العملي انما الاعتماد ان تكون الظواهر الالتهابية لهذا المرض  
 في المرة الاولى اشد منه في المرة الثانية والثالثة وهلم جرا ومع ذلك فلهذه  
 القاعدة بعض استثناءات وفي السيلان المجرى الشديد جد أي المصوب  
 باحتقان شديد في الغشاء المخاطي المجرى لا يندر حصول تمزق بعض الاوعية  
 الشعرية وبذلك يكتب السيلان لونا احمر او سمرا وهذا التزيف وان  
 كان لا خطر له الا ان السيلان المجرى الدموي الزهري المعروف بالاسود  
 والموسكوبي ذو شهرة مخوفة لدى العامة وهناك مرض آخر مهم فيه يحصل  
 الخشاء وتقوس في القضيب مدة الانتصاب ويسمى بالسيلان الوزري وهذا  
 الانحناء يحصل من فقد قابلية التمدد لبعض اجزاء الاجسام المجوفة الملتببة  
 فلا تتمتع كالعادة مدة انتصاب القضيب وهذا العارض مؤلم للغاية  
 وقد يحصل نوع ضئيل مستمر في الجزء الملتبب من الجسم المجوف بحيث يأخذ  
 القضيب تبعاً لذلك اتجاهاً ميباً ولا ينتصب متى ضمير الجسم المجوف في هذا  
 الصنف في جميع قطره الا من جذره الى هذا الصنف وهناك عرض آخر  
 يحصل مدة سير السيلان وهو تكون خراجات صغيرة في محيط قناة مجرى  
 البول والوصف الخاص لهذه الخراجات وجود آلام وانتفاخ في اصفار  
 محدودة على سيرة قناة مجرى البول وسير هذه الخراجات يكون على العموم  
 حميدا سواء انفتحت جهة الظاهر او الباطن وأكثر خطراً من العارض  
 الذي تقدم ذكره التهاب البروستة وتقيحها لكن هذه المضاعفة نادرة  
 الحصول واحتقان البروستة في السيلان المجرى يعلم من الاحساس المثلث  
 الضاغط في الجمان الذي تشتمك به المرضى غالباً ومن انتفاخ هذه الغدة  
 وتيبسها اللذين يشاهدان خصوصاً عند الشيوخ الذين تسكرت اصابتهم  
 بالسيلان المجرى زمن شبو بينهم ومتى صارت البروستة مجلساً لالتهاب  
 شديد حصل للريض آلام غير مطاوعة جاذبة أو ضاغطة أو نابضة في الجمان تمتد  
 الى المستقيم والمثانة وترتقي عند التبول او التبرز الى درجة عظيمة ويحس  
 عند الجلس من الجمان أو من المستقيم بوزم عظيم الحجم أو قليله ويزداد ادعس  
 البول شيئاً فشيئاً بل قد يحصل احتباس البول بالكلية ومتى انتهى التهاب

البروستة بالتقيح تكونت خراجات تنفخ اما في الباطن او الظاهر وتخرج عن ذلك ظواهر ثقيلة متنوعة موضحة في كتب الجراحة وقد يصطبغ السيلان المجري مدة سيره بالتهاب الاوعية او العقد اللينة فاوية فينتج عن ذلك اورام التماسية في العقد اللينة فاوية للاربية تعرف بالديملات أي الحبيبات التي السيلانية وهي تنتهي عادة بالتحليل والتدرة تقيحها متى حصل يكون هناك اشتباه في حالة المريض ويغلب على ظن الطبيب الحكم بان هناك خبيرا جلا زهريا لا سيلانيا وبالجملة فيمد من جملة المضاعفات الكثيرة الحاصلة جلا للسيلان المجري التهاب الخصية السيلاني وهذه المضاعفة تحصل بدون شك من سير الالتهاب وامتداده من قناة مجرى البول الى الحويصلات المنوية ثم الى القنوات الناقلة وفي العادة تظهر الآلام ابتداء في الحبل المنوي بحيث تشتكي المرضى باحساس ثقيل في الخصيتين ثم تزداد الآلام بسرعة فيصير البريج الذي هو المجلس الرئيس للالتهاب شديدا حساسية جدا عند اللمس وينضم الى الانتفاخ اليابس غير المنتظم المتكون من البريج الملتهب نضج حاد في الطبقة الغمدية وبهذا السبب تكتسب الخصية في أيام قليلة عظم حجم بيضه الاوز أو قبضة اليد وزيادة على ذلك فالخصية المنتفخة تعسر حركتها بسبب فقد مرونة الحبل المنوي الذي يكون منتفحا يابس وكما كان النضج الالتهابي في الطبقة الغمدية عظيما كان الألم مركزا في الصفر الموضوع فيه البريج وهذا الالتهاب ينتهي عادة بالتحليل لكن يكاد ان يبقى على الدوام بعض تيبس خفيف مدة الحياة في البريج فيكون ينبتو عالا فكار ما للجولية عنه بعض المرضى واحيانا يزداد الالتهاب الخصي السيلاني مرة أو جملة مرار سيما عند الاشخاص المصابين بالقبيلة الدواليبة ويكاد ان يفقد السيلان المجري مدة الالتهاب الخصي كما انه يكاد ان يعود دائما عقب زوال هذا الالتهاب ويندر جدا ان ينتهي هذا الالتهاب بالتقيح او بالاستئالة الدرقية للخصية بن او تيبسهما

وقد عبر عن الانتقالات السيلانية زمفاطو ولا بالاحوال المرضية المتنوعة التي تحصل عندهم شخص مصاب بالسيلان المجري وفي أغلب الاحوال لا يمكن اثبات الارتباط السببي بين هذه الامراض والسيلان المجري ولذا

لا يجوز ان يطلق لفظ الاتقالات السيلانية الاعلى الى الرمد السيلاني  
والالتهابات المفصلية الروماتزمية السيلانية والنقرسية السيلانية فالاول  
يكون نتيجة انتقال السم السيلاني الى الملتحمة بلا واسطة ويعد من النتائج  
المهولة للسيلان المجري فقد شاهدت رجلا متزوجا مصابا بالسيلان وامتنع  
بالكلية من جماع امرأته لكن أعداها هي وابنه برمد سيلاني فاعماهما وأما  
الالتهابات المفصلية المذكورة فبينها وبين السيلان المجري ارتباط  
سببي يهكم به من وجوه منها ظهورها عند أشخاص لم تتعرض لاسباب  
مرضية اخرى مدركة ومنها انها تحصل أيضا لاشخاص لم تصب من قبل  
بالتهابات من هذا القبيل وتبقى مصونة منها فيما بعد وبالجملة ان تلك  
الالتهابات المفصلية تزداد احيانا في كل مرة عند ما يصاب المريض  
بالسيلان ثانيا وتزول متى زال وليس للالتهابات المذكورة على سير  
السيلان المجري ادنى تأثير كما انها لا تكون ذات اوصاف مخصوصة  
بالنسبة للتغيرات التشريحية في المفاصل المصابة وسير الالتهاب وانه يه  
وأكثر المفاصل اصابة في السيلان المجري مفصل الركبة واندر من ذلك  
مفصل القدم والمفصل الفخذي الحرقفي واما مفاصل الاطراف العليا  
فلا تصاب مطلقا

\* (المعالجة) \*

معالجة السيلان المجري تنقسم الى واقية وشفائية اما المعالجة الواقية  
فاجود ما يوصى فيها تجنب اسباب العدوى وحينئذ لا حاجة لذكر نصائح  
للشفية الذين يريدون الفسق بدون مضرة  
وذكر الوسائط المتعددة المستعملة طنائها ناتي من هذا المرض كاستعمال  
الاكياس الرقيقة جدا وقت الجماع وغسل القضيب ونحو ذلك اذ لا تكثر فيها  
غالبا وأما المعالجة الشفائية لهذا الداء فنشقل على استعمال وسائط وطرق  
متعددة ليكننا نقتصر هنا على ذكر الوسائط النافعة الموصى بها بكثرة  
فنقول

ما السيلان المجري الحاد الذي فيه لا تكون الظواهر الالتهابية قد ارتقت  
لدرجة شديدة جدا فان نجاحه في المعالجة سهل لانه في غالب الاحوال يمكن



شفاؤه شفاء تاما في قليل من الايام ولاجل الحصول على معالجة عدد عظيم  
من الاحوال الحديثة لهذا الداء التي لا يشاهد منها الا القليل عادة ينبغي  
اجتياز جميع المصابين بالسيلان وايضا ظهروا بان شدة هذا المرض وامتداده  
يزداد كل منهما في كل يوم من ابتداء هذا المرض وان تأخير علاجه من يوم  
لاخر يصير انذارها اكثر ثقلا ومثل ما ذكر من النصائح من الاطباء المشتغلين  
بمعالجة الشبان المستعدين بنوع معيشتهم للسيلان يترتب عليه منفعة عظيمة  
ولا يكاد يظن التفوق من امثال هؤلاء بفسقهم وما يترتب عليه بدون احتشام  
ووجود معلومات عظيمة من هذه الحبيثة عند العوام وانه يستفاد منهم امور  
كثيرة ففي بلدة (مجدبورغ) مثلا يجتمع عدد عظيم من الكتبة الاغراب  
المستخدمين في بيوت التجارة عند قلب كل فصل في الاوقندات ويخبرون  
بعضهم مع الاستفهام بقولهم من الذي حصل له نكسة في السيلان ومن الذي  
بقى مصوناعنها وما هو الحقن الاجود في السيلان ونحو ذلك وقد استعملت  
هناك مدة قليلة من الزمن في السيلانات الحديثة التي لم تكن سب فيها الا لام  
شدة عظيمة الحقن بمحلول التنين وتوصلت من هذه المعالجة على نتائج عظيمة  
عندما ازداد عدد المرضى الواردين الى السيلانات الحديثة وكنت اوصي  
بثلاث اوراق من مسحوق التنين كل ورقة تحتوى على ٣ جرام اعني نصف  
درهم يخل في نصف رطل من النبيذ الاحمر ويحقن به واذ لم يشمر الحقن بهذا  
السائل او كان غير كاف كنت اضع الورقتين الاخرتين في الكمية بعينها من  
هذا النبيذ ويحقن بذلك المحلول المركز فتوصلت من ذلك على نجاح عظيم  
ولاجل نجاح الحقن ينبغي اجراؤه مرة أو أكثر بيد الطبيب أو مساعدا  
مستعد فان أهمل في ذلك حصل غالباً عدم وصول السائل الى القناة المجرية  
فانه اما ان يحقن به أسفل القلفة أو يسيل الى الخارج بعد ادخال المحقنة  
الصغيرة ومحقنة السيلان ينبغي ان تكون صغيرة بحيث لا تسع من السائل  
الا بقدر ما تقبله القناة المجرية (اعني من ٥ جرام الى ٧) وحينئذ لا حاجة  
للضغط على قناة مجرى البول من الخلف والافوق الحصول على المحاقن  
الموافقة من احد صناعات الآلات الجراحية مع تسميتها باسم خاص غير منجمل  
فان هناك مرضى تخجل من طابعاها بها المعلوم ويرغبون في شرائها باسم

محقنة الجروح أو الأذن وقد تسرى شفاء عدد عظيم من السيلانات الزهرية  
 الحديثة في ظرف يومين أو ثلاثة وأيضا ان لم يكن المرض حديثا بالكلية  
 بدون ظواهر التهابية شديدة قد استعملت الحقن بالتنين وتحصلت منه على  
 نجاح عظيم في غالب الاحوال لكن لا بسرعة كالاولى وليس قصدي ان  
 انب للتنين خواص يفضل بها عن غيره وانما هو الذي أكثر من استعماله  
 زيادة عن الحجر الجهنمي وزاج الحارصين والملح الرصاص وغيرهما من الجواهر  
 القابضة وأما استعمال محلول نترات الفضة المركز جدا أى المأخوذ من ١٠  
 الى ١٥ قعنة في اوقية من الماء المقطر الموصى به لاجل قطع سير السيلان  
 الجرى دفعة واحدة فينبغي تجنبه فانه لا يفضل في المنفعة عن المحلولات  
 القابضة السابق ذكرها وزيادة عن ذلك فكثيرا ما يعقب بعوارض  
 التهابية شديدة خطيرة وفي الاحوال التي تكون فيها الاعراض الالتهابية  
 شديدة ينبغي تأخير الحقن الى ان تخط الاعراض المذكورة وتلطف  
 وحينئذ يؤمر المريض مع الراحة في الفراش باستعمال تديبير غذائي لطيف  
 وبعض المسهلات الطيبة او القوية كالزبدق الحلومع الجلبة وأما استعمال  
 مستحلب اللوز المستعمل عادة فانه زيادة عن عدم منفعة نفعان خاصا يجعل  
 المرضى عرضة لكشف مرهم واما الاستقرائات الدموية فلا يحتاج  
 لاستعمالها غالبا الا عند وجود الام شديدة جدا في قناة مجرى البول تزداد  
 ازديادا عظيما جدا عند الضغط على مسيرها وحينئذ يرسل على الجبان من  
 ١٠ غلقات الى ١٥ وأما استعمال التبريد بواسطة الرفائف الباردة أو بالحمامات  
 الجلوسية الباردة فلها نجاح عظيم في مثل هذه الاحوال الا انه يجب  
 الاستمرار على المسكت في الحمام الجلوسى البارد وتغيير المكدمات مع السرعة  
 والاستمرار فان المكدمات التي تسخن بطول مكثها والحمامات الجلوسية  
 القصيرة المدة تزيد في الانعاط وتناقض الالام ومضى تلطف الاعراض  
 الالتهابية استعملت الحقن التذينية ونجاح الحقن في هذا الدور يكون أقل  
 تأكدا بسبب عدم اقتصارا لتغير المرضى على الاجزاء المقدمة من قناة مجرى  
 البول وامتداده الى أجزاء لا يمكن وصول سائل الحقن اليها بسهولة كما ذكرنا  
 سابقا وفي الاحوال المزمنة التي فيها لا يكفي الحقن بالتنين يؤمر بالحقن بمحلول

الجواهر القابضة السابق ذكرها لاسيما محلول الحجر الجهنى او ماء الرصاص  
 أو زاج الخارصين بان يؤخذ من كبريتات الخارصين ٣ دسى جوام ومن الماء  
 المقطر ١٠٠ جرام ومن مستحلب الصمغ العربى ٥٠ جراما ومن صبغة  
 الافيون الزعفرانية ٥ نقط وان كنت لم أرى فى مثل هذه الاحوال منفعة  
 زائدة من محلول التنسين فان لم يشمر الحقن بالجواهر القابضة ووجب  
 استعمال الكبابية الصينى أو بلسم الكوبابى ولا شك فى منفعة هذين الجوهرين  
 فى الادوار المتقدمة من هذا المرض وانه باستعمالهما بمقدار عظيم يحصل  
 وقوف فى السيلان لكن ان أمكن شفاؤه بدونهما كان ذلك هو الاحسن اهدم  
 ادخال جوهرين قو بى الفعل فى المعدة والمعى اذ ليس من النادر حصول  
 نزلات معدية معوية تسهر زمانطو يلا عقب الافراط من استعمالهما  
 وزيادة عن ذلك فارتأى هذين الجوهرين الموقوف للسيلان وقتى فى غالب  
 الاحوال أكثر من التأثير الوقتى الموقوف للسيلان بالحقن بحيث ان المرضى  
 الذين يزعمون انهم شفووا من السيلان يعود عليهم عما قليل من الايام بدرجة  
 أشد من قبل الاستعمال والقول بان استعمال الحقن فى قناة مجرى البول ينتج  
 عنه بكثرة تضايقاتها يعنى أكثر من حصوله عقب استعمال المعالجة الباطنية  
 يهدم الخطافانه وان تحق ان كثير من المرضى التى كانت تعالج فى الازمنة  
 السابقة بالحقن كثيرا ما حصل عندهم تضايقات فى المجرى الا ان هذا نشأ من  
 كون استعمال الحقن قاصرا فى الزمن السابق على السيلانات المزمنة  
 وأما فى الاحوال الحادة فكان يستعمل بلسم الكوبابى أو الكبابية الصينى  
 والمحقق الان ان استدامة السيلان المجرى هى السبب الكثير الحاصل  
 للتضايقات المجرية ولذا متى استعمل الحقن من ابتداء المرض وزال بسرعة  
 أمكن بسهولة تجنب حصول التضايقات المذكورة كما ان المشاهد ان  
 استعمال القوابض القوية فى الازمات المتحمية هو الواسطة القوية لاجل  
 منع تفاقمها وتجنبها وتحياتها المسفرة ومتى اريد استعمال بلسم الكوبابى  
 أو الكبابية الصينى فالاجود ان يعطى من هذين الجوهرين مقدار عظيم فى  
 ايام قليلة من ثلاثة الى أربعة ويوقف استعمالهما متى حصل وقوف فى الافراز  
 المرضى فان المدة يمكنها غالباً بما تحمل هذين الجوهرين ولو بمقدار عظيم مدة

أيام قليلة أكثر من تحملها هما ولو بمقدار قليل مدة مستطيلة من الزمن  
وزيادة عن ذلك فالمقدار القليل لا يؤدي للنتيجة المطلوبة وتعطى الكيابة  
الصيني مسهوقه مسهوقه جيد بمقدار أربع ملاعق صغيرة الى خمسة في ماء  
الصودا أو ما بلسم الكوباي فاجود طريقة لاستعماله هو ان يوضع في محافظ  
غروية يعطى منها كل يوم من أربع أوسم الى ثمانية واذا أريد ضم هذين  
الجوهرين مع بعضهما فالاجودان يفعل منهما محبوب من كمية من ١٥ جراما  
أى نصف اوقية من الكيابة الصيني و٨ جرام أى درهمين من بلسم الكوباي  
وكية كافية من الشمع الابيض ويفعل من هذا المخلوط مائة وعشرون حبة  
يعطى منها عشر حبات ثلاث مرات في اليوم وفيما بعد يذكر هذا المقدار  
أربع مرات والغالب ان يكفي استعمال ثلاث حبات من هذه الحبوب وكذا  
من الجليد استعماله في هذا المرض المحافظ الغروية أو الملبس السكري  
المحتوى على بلسم الكوباي وخلاصة الكيابة الصيني ومتى حصل للربض  
اسهال وزحير أو ظهر طمخ وردى في الوجه أو الجسم وجب إيقاف استعمال  
الجواهر المذكورة

ومهما كانت معالجة السيلان المجرى التسمى الحديث سهلة فمن العمر جدا  
معالجة المزم من منه وكما استطالت مدته كان انذاره غير جيد ومن المهم  
جدا في معالجة هذا المرض ان يتأكد الطبيب بواسطة القساطل هسل  
توجد تضائقات مجرية أم لا لانه متى وجد تضايق فكثيرا ما يستمر الالتهاب  
النوعى خلف الجزء الضيق ولا يمكن وصول مادة الحقن اليه وحصول الشفا  
الابعد زوال العائق بواسطة المجسات الشمعية المصممة واذا لم يوجد تضايق  
في قناة مجرى البول أو أمكن توسيعه وجب استعمال الحقن بحلول التنين أو  
محلول قوى من نترات الفضة واذا لم يشمر الحقن هذين الجوهرين وجب وضع  
مجسات شمعية مدهونة بمرهم نترات الفضة والاقوق استعمال المرهم الرمدي  
للمعالم جوثرى المركب من نترات الفضة من ١ الى ٥ دسجرام (أعنى  
من مئتين الى ١٠) ومن المرهم البسيط ٣ جرام أعنى درهما وخمس عشرة  
نقطة من محلول تحت خللات الرصاص

وأما معالجة العوارض التي تضاعف السيلان المجرى فمنها معالجة التزيف

المجرى وهو لا يحتاج في الغالب لوسائط علاجية مخصوصة لكن ان حصل  
 بكيفية غزيرة جدا وذلك نادر وجب ايقانه باستعمال التبريد القوي  
 كما مكدرات الباردة أو يجهت في ايقانه بواسطة الضغط على المحل الآتي منه  
 التزيف ومنها الانتصاب الليلي المؤلم ولا جمل تجنبيه أو تقليله وتلطفه يؤمر  
 للمريض بتقليل الاغذية والمشروبات جدا في المساء واذ لم تثمر هذه المعالجة  
 واضطرب نوم المريض وكذا ان لم تثمر الوسائط المعتادة عند العوام كالمشي  
 في الاودة والاقدام حافية والوثب من فوق نحو كرسي يعطى للمريض في المساء  
 قليل من الجواهر المسكنة كصعق دوفير وأما استعمال اللوبولين وهو  
 (مسحوق ثمر حشيشة الدينار) الموصى به في ذلك أيضا فليس عندي تجارب  
 بالخصوص فيه وأما اذا حصل للمريض الانحناء المؤلم في القضيب وقت  
 الانتصاب أمر بوضع العلق على الجحان لاعلى القضيب ويعطى له مركب  
 أفيوني مساه أيضا وأما الخراجات التي تتكون على مسير قناة مجرى البول  
 فتستدعى الضمادات الفاترة والمبادرة بشق الجزء المتوج وأما التهاب  
 البروستة فيستدعى متى ابتدأت اعراضه في الظهور ارسال العلق على  
 الجحان بكمية عظيمة ويحفظ سيلان الدم بعد سقوطه بواسطة الضمادات  
 الفاترة فزمنطو يلا ولا مانع من تكرار ارسال العلق ان اقتضى الامر لذلك  
 ويؤمر للمريض من الباطن باستعمال الزبيب الحلو والافيون بمقدار قليل  
 متكرر أي منوع ولا يمكن الجزم بان كان لهذا التركيب منفعة خصوصية ام لا  
 واذا احتيج في هذا المرض لقسرة قناة مجرى البول وجب فعل ذلك مع غاية  
 الاحتراس وفي بعض الاحوال قد يحتاج الحال لتترك القساطير المرنة في محلها  
 تركاسترا واذا حصل احتباس كل في البول ولم يمكن ازالته بالقساطير  
 التجئية لبط المثانة ومتى ظهرت خراجات متوجعة في الجحان وجب المبادرة  
 بفتحها وعلى كل حال ينبغي مراجعة كتب الجراحة فيما يخص معالجة هذا  
 المرض وأما معالجة التهاب الاوعية والعقد الليمفاوية فيمكن في عادة لازالته  
 راحة المريض في فراشه وان بقي انتفاخ في العقد الاربعية بعد زوال سيلان  
 المجرى زوالا تاما وجب استعمال الضغط عليها المستعمل بكثرة بدون فائدة في  
 الخراجات المائية الزهريه فعند مشى المرضى توضع لهم أحزمة الفتق ذات

المخدرات العظيمة وعند نومهم توضع لهم صفائح من الرصاص أو أكياس مملوءة  
بالخردق بكيفية غير تامة ووضع رباط أوربي عليها لاجل احداث ضغط مستمر  
على الاورام وأما التهاب الخصية يمكن تجنبه باستعمال أكياس معلقة صغرية  
وتكون مفهولة ومصنوعة بكيفية يها تقي ملابس المريض من التلوث بالمواد  
السيلانية وهذا الاحتراس مهم فان تغليف القضيب برفائد ونشيتها عليه  
مضر والرباط المعلق ينبغي للطبيب انتخابه كي يتأكد من عدم الضغط فان  
الرباط المعلق غير الجيد ضرره اكثر من نفعه وعند ظهور العلامات الابتدائية  
من التهاب الخصية ينبغي للمريض المدكث في الفراش على الدوام ويوضع بين  
فخذه وسادة سفينية الشكل بحيث يكون الكيس موضوعا عليها بكيفية فيها  
لا يكابد الحمل المنوى أدنى جذب وزيادة عن ذلك يؤمر له بوضع كبة عظيمة  
من العلق على صير الحمل المنوى ويحفظ جريان الدم زمنا طويلا بواسطة  
الضمادات الفاترة وعادة تزول الآلام بعد ذلك حينئذ يستمر على استعمال  
الضمادات الفاترة على الصفن وان حصل توران في الآلام وجب تكرار  
ارسال العلق ثانيا في العادة يعطى من الأدوية الباطنة في هذا المرض  
الزيتيق الحلوى الاقيون أيضا وأما الضغط الشديد المستوي بواسطة اشربة  
من المشمع على الخصية تبعالقر يكه الذي به تتناقص الآلام والورم بسرعة في  
بعض الاحوال فهو واسطة قليلة النجاح ولا ياتجأ اليها في الغالب تبعالجارينا

(المبحث الثاني في الالتهاب المجري التزلي)

(غير الزهري أو البسيط)

الالتهاب المجري التزلي البسيط مرض نادر في الغالب والاسباب التي تحدثه  
عادة هي التهييج اللاواسطي لقناة مجرى البول بواسطة الاجسام الغريبة  
أو الحقن المهيج والافراط في الجماع سيما في اثناء الطمث و يصاحب  
الالتهاب التزلي المجري القروح لاسيما القروح الزهرية الرخوة في قناة مجرى  
البول وفي أحوال اخرى قد يمتد التهابها للاعضاء المجاورة لاسيما المثانة  
والبروستة وقناة مجرى البول

واعراض التزلة المجرية غير الزهرية هي انتفاخ فوهة مجرى البول واحمرارها  
والاحساس بحرقان على مسير مجرى البول لاسيما في اثناء التبول وخروج

افراز مخاطي قليل منها وهذه المكابدات تروى بدون اسعاف طبي واما  
الالتهاب المجري التزلي الشديد المستطيل الذي يصاحب القروح الزهرية  
الرخوة في قناة مجرى البول فهو الذي وحده يصطبغ بسيلان قهجي في  
القناة المذكورة ويمكن اختلاطه بسهولة بالسيلان التسمي وستكلم على  
الفرق بينهما عند الكلام على القروح الزهرية الرخوة المجرية  
وتبعيد الاسباب المحدثه لهذا المرض وازالة الاحوال الحافظة له تكفي في  
معالجة هذا المرض الخفيف والالتهاب المجري التزلي البسيط المتصف  
بالتصاق فوهة قناة مجرى البول في كل صباح والمحدث عند المريض اضطرابا  
عظيما ظننا منه انه مصاب بسيلان مجري زهري فيجتمد دائما بضغط  
القضيب وجذبه في اخراج قليل من الافراز يتيسر ازالته في اقرب وقت  
بعد استقصائه باخبار المريض وتحذيره من تهييج قناة مجرى البول تهييجا  
مستمر ابواطة جذب القضيب والضغط عليه

(في أمراض الأعضاء التناسلية)

\* (في أمراض الأعضاء التناسلية للذكور) \*

لان تكلم هنا الاعلى السيلان المنوي وضعف الباه أو فقدته وأما باقي أمراض  
أعضاء تناسل الذكور فهي مفصلة في كتب الجراحة

(المبحث الاول في السيلان المنوي)

(والانزال ليلا أو نهارا)

يحصل عند كثير الرجال زنا فز من انزال ليلا من ابتداء البلوغ الى انطفاء  
القوة التناسلية بدون ان تكون هذه الحالة ظاهرة مرضية أو ما اذا تكرر هذا  
الانزال في أزمانه قريبة وكان غير محسوب باحتلام ومحموبا بانتصاب غير تام  
أو حصل بقظة (ويسمى بالانزال نهارا) فان هذه الحالة تعتبر ظاهرة مرضية  
ثم ان الأشخاص الذين يستشيرون الطبيب بسبب حصول الانزال اولاً للشبان  
الذين سنهم من سبع عشرة سنة الى عشرين أو الى خمس وعشرين وهم يشكون  
بحصول سيلان منوي مرة أو جملة مرات في الاسبوع وانهم وقعوا في حالة  
ضعف من ذلك وانهم يحسون في اليوم التالي للانزال بانحطاط عظيم جدا  
فعلى الطبيب في مثل هذه الاحوال أن لا يعتقد بالكلية فيما قيل له من

هؤلاء الأشخاص بل يجب عليه التفتن بانهم يخفون عنه أموراً يعرفها  
 مهمة فانه عند النظر بالدقة لاغلب هؤلاء الشبان يرى انهم مضطربون  
 في كلامهم وان في سريرتهم أورا مخبأة ويمكنه الوقوف على الحقيقة  
 واقرارهم بانهم كانوا منهمكين على الاستمنا باليد بل بعضهم يحصل عنده  
 راحة من وجود فرصة يعترف للطبيب فيها بفعله لكن على الطبيب في مثل  
 هذه الاحوال ان لا يكتفي بذلك بل يستمر على الفحص مع الهدوء والتأطف  
 في السؤال بطريقة حسنة فائلا هل أنتم مستمرين على هذا الفعل الى الآن  
 أم لا والعادة ان يعسر على هؤلاء الاقرار بذلك ولا بد من كون ثلثي المرضى  
 يعترفون بالحقيقة ويقرون للطبيب انهم مستمرين على اجراء ذلك الى الآن  
 وانهم يأتون اليه ويستشيرونه عن حالتهم لما حصل لهم من الفزع عند قراءة  
 الكتب المباليغ فيها بالغة عظيمة جدا في النتائج المغمة التي تحصل من  
 الاستمنا باليد ويتعدهمون أنه كان يكفي الاقرار للطبيب بتكرار الاتزال  
 بدون ان يطلعوه على حقيقة الحال وبأى كيفية يحصل ذلك

ويختلف الحال بالنسبة لفرق ثلثان من الأشخاص الذين يطالبون الاسعاف  
 الطبي لما عندهم من الاتزال فانهم وان كانوا قد استعملوا الاستمنا في  
 شهور يتيمم الا انهم تركوا ذلك فيما بعد ثم حصل عندهم فزع عظيم ونوع  
 ابيوخذاريا من قراءة بعض الكتب المبين فيها النتائج المغمة للاستمنا  
 باليد فهؤلاء الأشخاص ولو لم يحصل عندهم انزال ليلاً أكثر من غيرهم الا  
 أنه كلما حصل ذلك عندهم يزيدون في حركة الابيوخذاريا ازيد ياداعظيما  
 فيعتمدون ان الاتزال أمر خطر جدا ويتصورون على الدوام حصول العواقب  
 المغمة للاستمنا باليد كما قرأوه بالكتب ومكاتباتهم ومن اسلمتهم للاطباء  
 تخالف بالكلية حالتهم الظاهرة فان الطبيب بعد قراءة مسألتهم يظن أن  
 صاحب المسئلة شخص منزهة للغاية والحال أنه يجد المريض عند مجيئه له  
 في هيئة صحة جيدة

وهناك نوع ثالث من الأشخاص يأتي للطبيب ويستشير لاجل شفائه من  
 الاتزال وهم اشخاص يكونون في حالة ضعف عمومي وهيرجيه جدى التغذية  
 وواقعين في حالة انيميا ولم يكن عندهم عادة الاستمنا باليد مطلقا والاتزال



وان لم يتكرر عندهم بكثرة الا انه في اليوم التالي لحصوله يحسون به بوط  
 وانحطاط بحيث ينسبون سوء القنينة عندهم للانزال ومن التجارب يعلم انه  
 يوجد حالة تنبيه مرضي في المجموع العصبي عند الانخفاض الضعفاء  
 البنية المنهوكين لا عند اقويائهم بحيث يوجد عندهم انزال لم يكن في  
 الاقوياء وكثيرا ما يوجد انخفاض لا تشكي مطلقا منه وهم في حالة الصحة انما  
 اذا كانوا في حالة النفاضة عقب مرض ثقيل مستطيل ربما يتكرر عندهم  
 الانزال

غير هؤلاء الاشخاص المذكورين اخيرا الذين يكون الانزال عندهم نتيجة  
 سوء القنينة والنهوك لا سببا لها والذين ينبغي ان يعالج عندهم سوء القنينة  
 وتسايجها الا الانزال يوجد نوع رابع يكون حصول الضعف العظيم عندهم  
 والانحطاط المتزايد والاضطرابات العصبية ناتجة بلاشك من الانزال المتكرر  
 في مدة قر بية ومثله هؤلاء الاشخاص يقع في حالة كآبة وخرن وليس اهم  
 ادنى قدرة على التصور والاشغال ويوجد عندهم نوع رعب وفزع وتشكي  
 بارتعاش في الجسم وطنين في الاذنين ودوار في الرأس والآم عصبية في  
 القصدوى وتشكيم يذكركم بكيفية واضحة حالة النساء الاسترييات ولذا يجوز  
 تسمية مجموع تلك الاعراض بالاستري يا عند الرجال ويعسر علينا توجيه  
 كون الانزال له تاثير مضر في الجسم عند بعض المرضى دون اخرين فانهم  
 يعضمونه بدون ضرر ولا يجوز القول بان اسباب الانحطاط العام والاضطراب  
 العصبي هو فقد الاخلط فان الافراط من الجماع عند المتزوجين حديثا من  
 الشبان يكاد لا يغير صحتهم على الدوام بل اغلبهم يحفظ صحتهم كما كانت قبل ولو  
 فقد مقدار اعظيما من المنى كل يوم وفقد هذا السائل عند هؤلاء اكثر منه  
 بالكلية في الاشخاص الذين يكابدون الانزال بحيث ان النتائج المغمة لذلك  
 كان ينبغي ان تشاهد في الاولين متى كان السبب فقد المنى والذي نظمه طبعا  
 للنتائج الحميدة التي شاهدها في السنين الاخيرة في المرضى الذين نجح  
 بصددهم وعند المصابين بالسيلان المنوى من الكلى المتكرر بعرف الديك  
 ان الظواهر الاستيرية لهؤلاء تشابه بالكلية ظواهر الاسترييات في النساء  
 المصابات بتقرحات في قوهمة الرحم وبهارة اخرى ان حالة التهييج للاعضاء

التناسلية عند الرجال لا الفقد المنوي تحدث اضطرابات عصبية منتشرة كما  
 في النساء وسنذكر مع التفصيل عند الكلام على الاستريان تقرحات فوهة  
 الرحم لا تؤدي على الدوام لحصول الاستريان ذلك لا يحصل الا عند وجود  
 اسمة عدد مخصوص ومثل هذا يقال بالنسبة لحصول الاستريان بالرجال الذين  
 يسمنون باليدأ ويعتبرهم عقب تهيج الاعضاء التناسلية انزال يتكرر  
 أو سيلان منوي فالاستريان نشأ على الدوام مطلقا لا عند النساء ولا عند  
 الرجال من تغير في الاعضاء التناسلية فقط

وأما السيلان المنوي الحقيقي فيعني به الحالة التي فيها لا ينذف المنى مدة  
 حركة الانتصاب التام أو غير التام بل التي يسيل فيها هذا السائل شيئا  
 فشيئا في قناة مجرى البول ويندفع مع البول أو التبرز ثم ان تفاوت المعلم للند  
 وخلافه من اطباء مبالغ فيها مبالغة عظيمة في كثرة حصول السيلان المنوي  
 وكثيرا ما يختلط هذا السيلان بزيادة افراز البروستة فانه لا يوجد في هذا  
 السائل الذي يجتمع بكثرة في فوهة قباة مجرى البول عند كثير من الاشخاص  
 عقب تهيجات أعضاء التناسل حيوانات منوية بالكلية وان وجدت فيه كان  
 عددها قليلا جدا وكثيرا ما يشبه هذا السائل بالمواد المخاطية التي تنفرز  
 بكثرة من الغشاء المخاطي المجري في أحوال السيلانات المجرية المخاطية  
 المزمنة وانه يشبهه ايضا بالاخيططة المستطيلة المخاطية التي توجد في البول  
 عند الأشخاص المصابين بالنزلات المثنائية المزمنة فلا يتحقق من التخصيص  
 الا بواسطة الميكروسكوب واسباب السيلان المنوي الحقيقي غير واضحة  
 ويظهر انه ينتج عن استرخاء وتمدد في القنوات القاذفة للعويصلات المنوية  
 وبعض أحوال مرضية مجهولة في الارتفاع الحبلي وأقر به للعقل النزلات  
 والتشوهات في هذا الجزء

وكما بولغ في كثرة السيلان المنوي قد بولغ أيضا في نتايجة المغمة من المعلم للند  
 وغيره فقد شاهدت رجلا في مجد بورغ أحد خدمات ابورات سكة الحديد  
 كان يعتبره مدة عشر سنين فقد منوي غزير في أثناء كل تبرز يدون ان يحدث  
 ذلك ادنى تأثير مضر على صحته العامة وكان متزوجا وولده عدة من الاولاد  
 مدة استمرار السيلان المنوي بل اعترف لي انه في أثناء صباه حتمه كل يوم الى

(اليسيج) كثير ما افترط في الجماع وتوجد كذلك اشخاص تشاهد عندهم  
الظواهر المرضية التي ذكرناها عند التكلم على الانزال

\* (المعالجة) \*

اما الاستعداد المرضي المتزايد في حركة الانزال فانها لا تشترط غلبا والنجاح  
القليل فيها يتحصل عليه من الانتقاة لحالة بنية المريض وتباعد جميع  
الامور التي يمكن ان ينتج عنها هذا العارض ولهذا السبب كانت  
الاستحضارات الحديدية مشهورة في معالجة الانزال وبعض المرضى يحصل له  
تحسين أو شفاء تام باستعمال الحمامات الباردة والمعالجة بالماء البارد وكذا  
الحمامات الباردة الجلوسية وغسل اعضاء التناسل بالماء البارد مرارا  
مدوح في تقوية اعضاء التناسل وعدم تكرار الانزال الا انه لا ينبغي  
استعمالها في ساعة الغروب وقبل الدخول في انقراض فانها ان استعملت  
في هذا الوقت زاد الانزال وكذا ينبغي تجنب كثرة الاكل قبل النوم ومنع  
المشروبات المفهمة خصوصا الشاي ونحو ذلك واستعمال الكافور وغيره من  
الادوية والبوليين وما أشبه ذلك من الادوية فقد اوصى به بعضهم (بان  
يؤخذ من الكافور ٧ مللي جرام ومن الثوبولين ٣ دسي جرام ومن السكره  
دسي جرام ويعمل مسهوقا يعطى منه في النهار وفي المساء قبل النوم ورقة)  
ومن المدوح يكثر في مثل هذه الاحوال بربور البوتاسا يعطى منه كافي  
أحوال الصرع وكذا سائل فولير الزرنيني من ١٠ نقط الى ١٠٠ قبل النوم فانه  
واسطة جيدة في تطهير التهييج التناسلي وكثيرا ارتفاع الجبلي بواسطة حاملة  
الكاوي للعلم (لمند) وان زيد في المبالغة في مدحه في العصر السابق قبل الآن  
بالكتابة فان هذه الآلة التي كان يظن بلزومها لسكل طبيب مدة شهرتها  
قليلة الاستعمال الان جدا وعلما الصداها فصار في زوايا الاهمال عنده  
الاطباء انما في الاحوال التي يكون فيها الفقد المنوي غزيرا والبنية منهوكة  
وفيهما أيضا يظن باسترخاء وتعدد في القنوات القاذية للعبو بصلات المنوية  
أو التهاب من في الاجزاء الخلفية من قناة مجرى البول وكان هذا سببا  
للسيلان المنوي دون غيره من التغيرات المرضية يسوغ استعمال السكي  
بالآلة المذكورة وفيما عدا ذلك من الاحوال يقتصر فيها على ازالة

الامساك واستعمال الغسلات الباردة في أعضاء التناسل مع ملاحظة  
المضاعفات الموجودة ومعالجتها وللمعالجة الكهر بائية نجاح بين في مثل هذه  
الاحوال كما سيأتي في المبحث الآتي

### (المبحث الثاني)

(في فقد البهائم والضعف التبيحي لأعضاء تناسل الذكور)

يندر مشاهدة فقد قوة الجماع في سن الرجولية فقد اتاما مستمر ابل بعض  
تشوهات القضيب وقد أحد الخصيتين وتغير اتم المرضية لا ينج عنه فقد  
قوة البهائم فقد اتاما وعكس ذلك كثير اما يشاهد تناقص في قوة البهائم أو فقدتها  
الوقتي وعلى الطبيب معرفة هذه الاشكال المختلفة التي تظهر بها هذه  
الحالة فان بهارته وتجاربه قد يمكنه راحة الزوجين وعدم الفشل والفرق  
وعدم الذرية بل وقتل النفس أحيانا ما يمتنى كان ذا أمانة وفيه أمانة  
وساعد بذلك المرضى التي تستشير به بسبب فقد البهائم مع النصيحة وتسكين  
الفرؤاد وأكثر من ينجي للطبيب في هذا الخصوص الشبان المتزوجون  
جديداو يأتون له في حالة يأس عظيم بعد ما يرون انهم لا قدرة لهم على الاجتماع  
بنسائهم فان النساء ولو كن أصحاب عفة يحصل عندهن سامة شديدة وكرهه  
لازواجهن ولو احببهم محبة عظيمة عند ما يرون ان ازواجهن لا قدرة لهم على  
الجماع بعد الزواج وكلما كانت البنات أكثر عفة وأقل معرفة بامور النساء  
قبل الزواج يمضي عليهن غالباً من بعد الزواج بدون ان يتحقق من ان  
زواجهن غير تام الشروط بفقده قوة الجماع عند أزواجهن لكان متى تحقق  
من ذلك حصل عندهن احساس باحتقار واشمزاز لرجالهن وكذا الذي  
يلجى الشبان لاستشارة الطبيب ليس فقط حينهم للجماع ولا الخوف من  
الحرمان من الذرية بل الحياء والتأكد من احتقار نسائهم لهم فبعد مثل  
هؤلاء الانضاض يقرون للطبيب دون تحيره من الاقارب بهذه الاسرار  
الخفية لا يمتنع منهم فيه ثم يلي هؤلاء في كثرة الالتجاء للطبيب القادمون على  
الزواج قائمهم يأتون له ويستشيرونه في معالجة فقد قوة الجماع التي شاهدوها  
عند ما ارادوا التجربة بأنفسهم في امرأة أجنبية قبل الزواج بقليل  
ومهما كان استغراب الطبيب المستهد في الطب العملي عندما يعرض عليه

مثل هذه الامور لا بد وان يطراء عليه جملة احوال من هذا القبيل يجمعها  
 من اشخاص مع التصريح متى اتسعت دائرة اشتغاله في الطب العملي  
 واغلب هذه الاحوال ينتهي انتهاء جيد بالمعالجة اللائقة بحيث ان  
 المتزوجين جديدا الواقعين في حالة يأس ينتهي امرهم بالحصول على قوة  
 الجماع والذرية اذا وقعوا في يد طبيب ماهر فان السبب الكثير الحصول  
 لفقد الباه الوقتي هو في الغالب فقد امنية الشخص من نفسه مع شدة  
 الالتفات والتفكير في النجاح عند اجراء الجماع فان الانتصاب لا يحصل قط  
 بدون تأثير الارادة بل شدة الرغبة في الحصول عليه ربما كانت تمنعه فانه  
 كلما قل اشتغال الذهن بحصول الانتصاب عند شخص وكان غير قاصد  
 حصوله كان حصوله أقوى واتم عند كل تنبه عام تناسلي ولذا يخبر المرضى  
 الواردون لاستشارة الطبيب بدون سؤال منهم انه كثير اياي يحصل عندهم  
 الانتصاب في بعض الاوقات التي لا فائدة فيها وانه اذا ذلك يكون  
 تاما مستمر لكن متى ارادوا اجراء الجماع يزول الانتصاب بالسكينة اوان  
 حصل لا يكون تاما اوية مقدمة حركة الجماع قبل حصول قذف المنى ومثل  
 هؤلاء ان حصل عندهم بعد النجاح في الجماع مدة من الزمن التاكيد من  
 الامنية في انفسهم فتستمر قوة الانتصاب عندهم مدة طويلة لكن متى  
 حصل عندهم عدم نجاح مرة من المرات وقعوا في حالة نكسة من فقد قوة  
 الباه وقد يشاهد ايضا ان مثل هؤلاء يقدرون على الجماع جملة مرات مع  
 نسايتهم لكنهم لا ينجحون في ذلك اذا ارادوا نسايتهم الزنا بنساء ليس لهم  
 اعتماد عليهن

ثم ان السبب الكثير جدا في ضعف الباه هو جلد عميرة ويندر ان يكون سبب  
 هذه العاهة الافراط من الشهوات التناسلية والاتزال المتكرر لسكن  
 ضعف قوة الباه عند الاشخاص منهم ككين على هذا الفعل القبيح  
 لا يستحيل الى فقد قوة الباه فقد تاما وقتيا الا عند قراة الرسائل المشنع  
 فيها تشنيعا عظيما على النتائج المغمة للاستمناء باليد اذ يدكر في مثل هذه  
 الرسائل ان فقد القوة التناسلية من النتائج الملازمة لذلك وهذا الامر يوجب  
 عند القاري قطع العشم من نفسه بالسكينة ومتى اثر كل من هذين الاصلين

عند شيخه من واحد أعنى التأثير المضعف للاستمناء وقد الامنية من نفسه  
عقب الاطلاع على هذه الرسائل يكاد يحصل له على الدوام عدم نجاح  
الجماع وهذا هو السبب كما ذكر فيما تقدم في تكرار عدم نجاح قوة الجماع  
ثانياً مدة طويلة من الزمن

وهناك اشخاص لا تكون مستضعفة من الاستمناء باليد ولهم عادة قوة  
الجماع وأمنية في اجرائه ومع ذلك لا يرغبون اما بسبب السكروا بما  
يحصل عندهم من عدم الامنية في أنفسهم بعد ذلك ومن كثرة الرغبة  
والتفكير في الحصول على نجاحه مرة ثانية ومن الخوف من عود هذا الامر  
ثانياً يحصل عندهم ضعف وقتي في الباه وفي أحوال أخرى لا يمكن نسبة عدم  
نجاح المرة الاولى للجماع الا للتهيج والاضطراب العموي الشديد أو الرعب  
الزائد ومثل هؤلاء يكونون عادة محجوزين عن تلك الشهوات بالكلية  
وتزوجوا وهم في حالة جهل كلي فيما ينبغي اجراؤه بالنسبة لطبيعة التناسل  
ففي الاسابيع الاولى التي تعقب الزواج يكون هؤلاء الاشخاص في حالة  
هبوط وغم شديد بسبب ما وقع لهم من عدم النجاح في الجماع ثم بعد مضي  
سنتين يتهدئون ويضعفون مما وقع لهم بعد الحصول على الذرية زيادة عن  
هذه الاحوال العديدة من ضعف قوة الباه أو فقده فقدا وقتياً توجد أحوال  
أخرى نادرة يكون فيها فقد الباه مدة سنين الرجولية متعلقة في الحقيقة  
بضعف وظيفة أعضاء التناسل ومثل هؤلاء يتميزون عن الاشخاص  
السابق ذكرهم بكونهم لا يحصل عندهم ادنى تنبه تناسلي ولو في  
الاقوات التي لا يوجد فيها ادنى تأثير نفسي بمنعهم من ذلك بل ويقعد عندهم  
الاتصاب بالكلية الذي يوجد في كثير من الاشخاص بدون رغبة شهوية  
بل وعند الاطفال في الصباح عقب امتلاء المثانة وعند البحث عن أعضاء  
التناسل يوجد عندهم احباً تغيرات غير طبيعية كصعور الخصيتين  
وصغرهما ورخاوتها أو استرخاء الصفن وطوله ورخاوة القضيب وبرودته  
وصغره وتيبسه وفي أحوال أخرى قد لا يوجد عندهم ادنى تغير مرضي في  
شكل القضيب ولا اوصافه وقد استشارني من منذ سنين أحد الاشخاص  
المزارعين في سبب فقد الباه وحيث كان سنه أكثر بتقليل من ثلاثين سنة وكان

ربع القامة ناهي العضلات وليس عنده بمؤشحي في البطن وكانت اعضاءه  
التناسلية سليمة عند البحث والقضيب تام النمو والخصيتان عظيمتين  
متناسبتي القوام وكدت ان اتحقق من أن ضعف الباه عنده من الاشكال  
الاول من الضعف المذكور وحكمت له بانذار جيد لكن اتضح الامر بخلاف  
ذلك ضد أملى وقد حصل بينه وبين زوجته الانفصال بعد سنة ولا يعرف  
التوجيه الفسيولوجي للشكل الثاني من فقد الباه

ثم انالاند كراحوال التغيرات المرضية غير الطبيعية لاعضاء التناسل  
كقطع الخصيتين وضعف اعضاء التناسل الناتج عن بعض الامراض  
العامة المضعفة سيما البول السكري ونحو ذلك لما ينتج عن فقد قوة الجماع  
أو ضعفه لكانت كرمع الاختصار هنا بعض كالمات على الضعف التيجي  
لاعضاء تناسل الذكرفنقول

ان الشكل الاول من فقد قوة الباه بعده كثير من المؤلفين من الضعف  
التيجي لهذه الاعضاء وفي الحقيقة الاخصاص الذين نكلمنا عليهم ابتداء  
يكونون من جهة كثيرة التيجي وذلك انهم مجرد ملامتهم للنساء أو نحو ذلك  
من الاسباب تحدث عندهم تنبهاات تناسلية في أقرب وقت ويكونون من  
جهة أخرى ضعفاء لان الانتصاب عندهم ضعيف قصير المدة لكن يعني بلفظ  
الضعف التيجي لاعضاء التناسل بمعناه الحقيقي الحالة التي فيها مع  
حصول التنبه التناسلي العام يحصل انقذاف المنى قبل اتمام حركة الجماع  
بل وقبل تمام الانتصاب وهذه العاهة تشاهد على الخصوص عند  
الاشخاص الذين تعودوا على الاستمنا باليد وعاقبة هذه الحالة تكاد تكون  
جيدة دائما اذا كان يحصل عندهم انتصاب قوي زمنافز منافان هذه الحالة  
ولو كانت ناتجة عن الافراط في الشهوات واستمرت زمناتويلاقبل الزواج  
وبعده بجملة اما يسرع لابدوان تزول بتأثير المعيشة المنتظمة والمخاطبات  
الشهوانية الاعتيادية غير المحجوبة باستعمال مهيجات صناعية أي  
مقويات

\* (المعالجة) \*

امادالات المعالجة السببية فتستدعي في الشكل الاول معالجة عقلية أي

الرسايط التي يؤثر بها الطبيب على عقل المريض فكثيرا ما يكفي في مثل  
 هذه الاحوال اخبار المريض بما حصل لغيره من النجاح والتأكيد له بان  
 مرضه هذا واه جدا ووقتي يشفي تبعا لجميع التجارب وبعض الأشخاص  
 الاخر يحصل له الشفاء من امره بالمنع عن تجر به الجماع فان عدم الرعب  
 وتسكين روع المريض عند التنبه التناسلي وزوال صرف الفكر في استمرار  
 الانعاط وبقائه يمكن بهما حصول المجامعة بحيث يتيسر اجراء ذلك مدة  
 المنع منه ويسمى النجاح الذي لم يمكن الحصول عليه قبل ذلك ومتى ندب  
 الطبيب لمعالجة أشخاص غير متمدين وجب عليه ان يامرهم باستعمال  
 جواهر دوائية لطيفة التاثير مع المبالغة العظيمة في نجاحها وتمريرها  
 ويامرهم باجتناب تجر به الجماع مدة بعض زمن فكثيرا ما يأتي المرضى بعد  
 بعض زمن و يقرون للطبيب مع التأسف بانهم لم يمكنهم منع انفسهم من  
 امتثال الامر مع المدح الكلي فيما تعاطوه من الجواهر الدوائية وينبغي  
 للطبيب عند معالجته اى شخص مصاب بضعف البهائم أو فقدته ان يامرهم  
 بتجنب المهيجات الصناعية التي يجتهدون بها في أحداث الانعاط خصوصا  
 لمس أعضاء التناسل والدلك فيها وعليه ان يخبرهم مع الحساس والتاكيد  
 بالعواقب المذمومة التي تعقب ذلك ورواة الاعتماد على ما ذكره جميع الجواهر  
 الدوائية المنبهة للبهائم لا فائدة فيها بل مضرة واما الغسلات الباردة لأعضاء  
 التناسل والحمامات الباردة الجلوسية والفشلات الباردة فكثيرة المنفعة  
 فينبغي الاتجاه اليها في الشكل الثاني وأما كى الجزء البروستي من قناة  
 مجرى البول بواسطة حامله الكاوى للمعلم (للند) فقد شوهدهم منه نجاح  
 عظيم في بعض احوال فقد البهائم خصوصا لضعفه التمهجي ولربما كانت  
 طبيعة هذه الاحوال غالباً ناجمة عن السيلان المنوي الناشئ عن تعدد  
 القنوات الفاذة للعو يصلات المثوية ومن الجائز ان نجاح هذه الطريقة  
 أحيانا يكون ناجما عن التأثير على عقل المريض وقراءة رسائل المعلم (للند)  
 تساعد بالكلية في هذه المعالجة لانها تشمل على احوال عديدة من نجاح هذه  
 العملية فتعطي للشخص شهامة التي كانت فقدت منه بالكلية وفي العصر  
 الاخير قد أوصى بعد الاطباء المشغولين بالمعالجة بالكهربائية باستعمال



انه على حسب طريقة الاول ينبغي وضع القطب الخامس للتيار الكهربائي  
 المسمر على الفقرات القطنية والقطب الحارصيني في اتجاه الاحيلة المنوية  
 ابتداء بقدر أربعين مرة ثم بوضع بالعرض على الدوائر المختلفة من سطح  
 القضيب العلوي والسفلي ثم يس به الجمان طولاً وكل جلسة تستمر من دقيقة إلى  
 إلى ثلاثة وزيادة عن ذلك ينبغي وضع القطب الخامس في كل أربعة عشر يوماً  
 ثلاث مرات في قسم القناة القاذفة للمني بواسطة موصل على شكل قساطير  
 ويسمى بالقطب الحارصيني اذ ذلك في اتجاه الاحيلة المنوية وعند وجود اصفار  
 غير حساسة يستعمل المعلم المذكور سابقاً الفرشة الجلولانية وان كانت الحصى  
 عديمة الحساسية يسقط تياراً كهربائياً يمر منها وتكرر الجلسات كل يوم  
 مع الاستمرار زمنهاطو يلاحظ ان التحسين لا يحصل احياناً الا بعد بعض  
 شهور وأما شولس فانه استعمل التيار الكهربائي المتقطع في معالجة الانزال  
 المنوي وفقد البهائم منسوطو يلاحظ انه ذكر انه تحصل على نتائج عظيمة من  
 منسوط استعماله للتيار المسمر وطريقة ان بوضع القطب الموجب في قسم  
 الفقرة الخامسة للظهر والقطب السالب على العظم الجعزي والجمان وكل  
 جلسة تستمر من دقيقة إلى اثنتين وتكرر في كل أسبوع من ثلاث مرات إلى  
 أربع وهذا الطبيب يستعمل اجهزة مركبة من عشرين إلى ثلاثين زوجاً  
 دانياً ذات حجم متوسط

(في أمراض اعضاء تناسل الاناث)

(الفصل الاول في أمراض المبيضين)

(المبحث الاول في التهاب المبيضين)

\* كيفية الظهور والاسباب \*

الاضطرابات الغذائية الاتهابية في هذا العضو تصيب اما حوصلات  
 جراف أو جوهر المبيضين أو غلافهما المصلي والشكلان الاولان يؤديان  
 غالباً لتفجج جوهر هذا العضو واما الشكل الاخير فيكاد ينتج عنه على الدوام  
 ثخن في الغلاف المصلي والتصاق المبيضين بالاعضاء المجاورة لهما ثم ان  
 الولادة وتنتجها هي السبب الرئيس لحصول التهاب المبيضين ولما كنتنا  
 لا نتكلم في هذا الفصل على الامراض التي تنتج عن الحمل والولادة

والنفاس لانذكر هنا التهاب المبيض النفاسى وزيادة عن حالة النفاس  
 يظهر ان أكثر حصول التهاب المبيض فى الزمن الذى يكون فيه محتمنا  
 ومجسلا لاصابة جرحية فسيولوجية عقب انفجار حوى يصلات جراثى وعلى  
 العموم الاسباب المقتمة لحصول التهاب المبيض غير النفاسى هى المؤثرات  
 لمضرة على الجسم زمن الطمث كالبرد ورطوبة الاقصاد والجماع زمن  
 الحيض والظاهر ان حصول هذا المرض مرة يعين على تروده مرارا

**\* (الصفات التشريحية) \***

الالتهاب المبيضى يصيب على الدوام مبيضا واحدا و اذا كان منشأه  
 حوى يصلات جراثى يشاهد اما حوى يصلات واحدة متزايدة الحجم او اثنتان او  
 أكثر وهونادر فتكون ممتدة فى حجم الجمجمة أو الكرز والمتمدة تكون  
 مملئة بنضج التهابى مزوج بمواد دموية ومحفظتها الظاهرة مجرحة بسبب  
 الاحتقان الوعائى والمبيض نفسه غالبا يكون قبل الاتفاخ وجوهره على  
 حالته الطبيعية الا انه من تشعرات شاحا او ذيماريا خفيفا والمحفظة المصلية  
 تكون عادة مشتركة مع الجوهر فى الالتهاب وانتهاء هذا الالتهاب غالبا  
 يكون جيدا فان النضج الالتهابى يمتص وتضمر الحوىصلة وفى احوال  
 اخرى تستحيل الى كيس مصلى وينسدران تقيح وينتج منها خراج فى  
 المبيضين وأما اذا كان منشأ الالتهاب جوهر المبيضين فتكون النزغيات  
 المرضية تهاجرة على احتقان عظيم فيه واوذيماتهاية ونغوى المنسوج الخلوى  
 يؤدى فيما بعد لثخن ثم انكماش وضمور فى المبيض وينسدر جذا فى مثل هذه  
 الاحوال تقيح المبيضين وتكون خراجات وتقيحها تقيحاً منسجرا ولم يشاهد  
 المـلم كىوش هذا الانتهاء فى الالتهاب المبيضى غير النفاسى الامر تين  
 واما التهاب الطبقة البريتونية المقعدة للمبيضين فقد يكون تارة أوليا وتارة  
 ثانويا فينضم لالتهاب جوهر هذا العضو وفى الاحوال الحديثة يتعطى  
 المبيض بنضج خفيف رقيق كثير الليفية يلتصق خفيفا بالاعضاء المجاورة  
 له سيما بالاربطة المستعرضة لرحم والبوقين فان الطبقة البريتونية المقعدة  
 اهماتشترك فى الالتهاب وفيما بعد تتكون التصاقات متينة بواسطة  
 ألجة وأغشية ليفية بها يمكن ان يلتف المبيضان وفوهة البوقين وتتغمد

ومن النادر ان ينتج عن التهاب الطبقة البريتونية للبييض نضح غزير وفي مثل هذه الاحوال تتكون بورات متكيسة في الحوض الصغير

**\* (الاعراض والسير) \***

الاعراض التي يتصف بها التهاب المبيضين هي اعراض الالتهاب البريتوني الجزئي الذي يكون مجلسه في احد المبيضين واما اذا بقيت طبقة المبيضين الغمدية البريتونية مصونة عن الالتهاب كان سيره خفيا على الدوام ويكون وضع المبيضين في الحوض الصغير غائر اجدا ومغطي بالكلية باللفائف المعروفة بحيث ان الضغط الواقع من اعلى العانة لا يؤثر على هذا العضو الا اذا كانت الجدر البطنية مسترخية جدا ولذا كان من المهم البحث على الدوام من تحويرة المهبل لاجل التأكد من الالم ان كان آتيا من المبيضين أولا وفي بعض الاحوال قد يمكن الوصول الى المبيض المر يض ومعرفة بواسطه الجس من المستقيم ومن العلامات التفضيحية أيضا لهذا المرض معرفة اسبابه فان الاعراض المذكورة متى وجدت في مريضه تعرضت للبرد أو اسباب مضره اخرى مدة الطمث واصطعبت بانقطاعه غالب على الظن ان اعراض الالتهاب البريتوني الجزئي منشأها المبيض لعضو آخر من الاعضاء المغلفة بالبريتون وبامتداد هذا الالتهاب الى الاعضاء المجاورة قد تنوع صفة هذا المرض وقد يصطبب التهاب المبيض بميلان رجحي أو سيميلانات مدمجة أو مدمجة مصليقة وآلام عند القبول والتبرز وآلام عصبية أو احساس بتمهل في الطرف السفلي المسامت للبييض المر يض وقد تفتقد هذه الظواهر في احوال أخرى ويندر ان يصطبب الالتهاب المبيضى باعراض حمية وسير هذا المرض يختلف اختلافا عظيما في الاحوال الحميدة قد تزول اعراضه في ايام قليلة بدران ان يبقى اثر والظاهر ان مجموع الاعراض التي كثير ما تظهر عند النساء الفواحش وتعرف بمفص الفواحش تكون متعلقة بالتهاب خفيف مبيضى ذى سير سريع وانتهاء حميد فانه كثير ما شاهدنا عند هاتيك النساء آلاما شديدة في البطن السفلي آتية من المبيض تزداد ازديادا عظيما بالضغط ثم تزول بسرعة عقب ارسال العلق ونحوه واما اذا امتدت مدة هذا المرض ونتاج عنه التصاق المبيض بالاعضاء

المجاورة وتخن الطبقة الغمدية فلا يندر ان ينتج عن ذلك تردد اعراض  
 الالتهاب المبيضى تردد ادورياسها وقت زمن الطمث اذ من الواضح ان  
 تمزق حوى بصلات جرافت الذى يصطبغ فى الحالة الطبيعية بظواهر مشابهة  
 لظواهر الالتهاب كغيره اما يصطبغ بظواهر التهايبية خفيفة فى الحالة  
 المرضية المذكورة اخيرا وقد شاهدنا حالة من هذا القبيل عند امرأة كان  
 حصل لها من منذ عشر سنين التهاب مبيضى شديد وعولجت من احد  
 الاطباء المشهورين بعلاج أمراض النساء ومن وقتئذ يتردد عليها هذا  
 المرض مرارا كل سنة واما اذا كان النضح الناتج من التهاب البر يتون  
 للغلاف المبيضى غزيرا او حصل ثقوب فى المبيض من الخراجات التى  
 تتكون احيانا من الالتهاب المبيضى الجوهري فينتج عن ذلك اما انساب  
 غزير متكيس فى الحوض الصغير والتهاب بر يتونى منتشر ذوسير حاد جدا  
 وانهاء مخزن

\* (المعالجة) \*

يوصى فى الاحوال الحادة لالتهاب المبيض كما يفعل فى الالتهابات البريتونية  
 الجزئية أو الرجعية الدائرية ارسال العلق على احد اقسام الاربية بمقدار  
 عشرة او خمسة عشر وان سمعت الحالة بارسال العلق على عنق الرحم وجب  
 فعليه ثم توضع مثانات ثلاث بالجليد على القسم المريض واما اذا كان الالتهاب  
 المبيضى نتيجة الطمث فلا تستعمل الوضعيات الجليدية بل يقوى استعمال  
 العلق بواسطة الضمادات الفاترة على القطن السفلى أو الاعضاء التناسلية  
 الظاهرة وكذا يحفظ البطن منطلقا بواسطة المسهلات لكن يتجنب استعمال  
 المسهلات الشديدة بل يقتصر هنا على تعاطى زيت الخروع والحقن الملمية  
 وفى الغالب لا يحتاج فى هذا المرض لاستعمال الزئبق الحلو والمرهم السنجابى  
 الزئبقى وان خشى من امتداد الالتهاب البريتونى الى الطبقة المصلية  
 المعوية وجب استعمال المركبات الايونية واذا استطالت مدة المرض  
 وجب تكرار ارسال العلق بكمية قليلة جملة مرار وبظواهر ايضا ان  
 الاستعمال المنتظم للحمات القلوية واستعمال المركبات اليودية من الباطن  
 او المياه المعدنية البودية ذو منفعة عظيمة

(المبحث الثاني في ا كياس المبيض)

(المعروف باستسقاء المبيض)

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

اغلب الا كياس المبيضية تنشأ عن استحالة في حويصلات جراف وذلك انها تمدد وتستحيل الى ا كياس عظيمة الحجم أو قليلاً منه بواسطة قبولها لكمية عظيمة من سائل مصلّي وتخن في جدرها ويقرب للعقل احياناً ان التهاب الاجرة المبيضية هو الذي يكون السبب الابتدائي في تمددها الاستسقاء في وذلك بكونه يؤدي لتخن في جدرها يمنع من استفرغها ويميل العقل لرأى المعلم اسكنسون القائل بأن استسقاء حويصلات جراف يحصل احياناً بالكيفية الاتية وهي ان الاحتقان الطمئي الذي يحصل في أحد المبيضين لا يصل الى درجة كافية في تمزق الحويصلة بل يزيد فقط في افرازها فتجتمع المواد المنفرزة في باطنها فتتكاثف جدرها شيئاً فشيئاً وينتج عن ذلك ازدياد مستمر في الافراز بتكون وعائى جديد وهذا الشكل من الاكياس المبيضية يشاهد في كل طور من أطوار الحياة لسكن يندرجداً ما شاهدته قبل زمن البلوغ والذي يشاهد منها عند النساء من الياس يظهر أنه لم يتكون حينئذ بل تكون من قبل

وهناك شكل ثان من الاكياس المبيضية يتكون من استحالة متمسكة جديدة اما في جوهر المبيضين أو في جدرها كياس قديمة تعرف بأأم الاكياس يتولد عنها أكياس جديدة تعرف ببنيات الاكياس

ويوجد شكل ثالث أيضاً من الاكياس المبيضية يحصل بكيفية بها يستحيل الجوهر الخاص للمبيض الى مسافات خلائية متركة يعظم حجمها شيئاً فشيئاً وهذا النوع يسمى بالاستحالة الكهفية للمبيض

\* (الصفات التشريحية) \*

الاكياس المبيضية الناتجة عن تمدد استسقاء في اجر جراف يوجد فيها تارة كيس واحد وتارة جملة أكياس في المبيض وفي هذه الحالة الاخيرة تكون الاكياس في ابتداء من عزلة عن بعضها ذات شكل مستدير ومتى

تمت غوا عظيما تلاصقت جدر بعضها بالبيض الآخر فتم فرطح وتمكتسب  
 هيئة اكياس الشكل الثاني أى الذى فيه يتولد كيس فى جدر كيس آخر  
 ويندر أن تصل الاورام الناتجة عن استسقاء اجر بقية جرافا الى حجم الراس  
 وفى هذه الحالة يكون الورم متكونا امام كيس واحد قد تعدد عظامها  
 أو من جملة اكياس منضمة الى بعضها ومثل هذه الاكياس تكون جدرها  
 عادة رقيقة لكن قد يحصل فيها ضخامة عظيمة بتقدم المرض فتمكتسب  
 ثخنا ومثانة عظيمة ومنحصل هذه الاكياس يكون متكونا امام اسائل  
 صاف مصفر اولج غروي واذا حصل تمزق فى باطن الكيس أو التهمت  
 جدره صار محتوها حمر او ذالون مسمر بل مسود أو يصير مصفرا قيحيا

وأما الاورام المبيضية المتعددة الجيوب التى تنتج عن تكون جديد حوىلى  
 فقد تصل الى حجم عظيم جدر وفى العادة يتولد أحد الاكياس من جدر  
 الكيس المجاور له وذلك ان هذا الكيس يضغط على الكيس القديم  
 فتثخن جدره من جدر الكيس المنضغط وبذلك تمكتسب ثخنا ومثانة  
 عظيمين فيصير منسوجها اليقيا ولا يندر ان يحصل فى جدر هذه الاكياس  
 تعظم ويوجد على السطح الباطن لهذه الاكياس طبقة بشرية بسيطة أو  
 متراكمة ومحصل هذه الاكياس يكون كذلك اما سائلا أو هلاميا وكثيرا  
 ما يكون محتويا على عدد عظيم من بلورات كلوستيارياتية بواسطة تزييف  
 أو التهاب فى الكيس قد يكتسب كذلك لونا مسمرا أو مسودا أو مصفرا قيحيا  
 وأما الشكل الثالث من الاكياس المبيضية أى الاستحالة الخلائية ففيه  
 المنسوج الاصلى للبيض يكاد أن لا يوجد له أثر بالكلية بل يكون متكونا من  
 مسافات مجوفة منفصلة عن بعضها بطبقة رقيقة من منسوج خلأى واصغر  
 هذه الاخلية حجم الايشاهد الا بالماكرسكوب وأما ما كبر عن ذلك فيكون  
 كأكياس فى حجم قبضة اليد بل أزيد وما دامت هذه الاخلية صغيرة  
 ومتساوية الحجم فان المبيض يكون على هيئة ورم منتظم أما لسكن متى تمت  
 إحدى الاخلية على هيئة كيس عظيم صار الورم غير مستو ذا عقدات  
 ومحصل هذه الخلايا يكون على العموم سائلا مصفرا الزجاء عسليا لكن  
 كثيرا ما يوجد فى الاكياس العظيمة منها سائل مائى والاستحالة الخلاوية

للبيض تنضاعف احيانا بسرطان هذا العضو  
 وما يجب التنبيه عليه انه يوجد خلاف الاكياس المبيضية المسد كورة  
 أكياس تتعوى بدلا عن السائل المذكور على مواد ضخمة او شعريته ونحو  
 ذلك والسطح الباطن له - هذه الاكياس التي هي بدون شك عبارة عن  
 حويصلات جراث المنغيرة يشابه في تركيبه منسوج الجلد مشابهة عظيمة في  
 امتداد متفاوت فيكون مغطى بطبقة بشرية وموشها بعدد عرقية ودهنية  
 و بصيالات شعريته وبكون الشعر الناشئ منها قصيرا أو طويلا اشقر عادة وفي  
 هذه الاكياس التي يختلف حجمها من البلوزة الى قبضة اليد يوجد احيانا  
 أكياس سنية مع الاسنان واسنان سائبة وقطع عظمية تشابه الفكين حاملة  
 لاسنان وشعر ساقط متبلدواحيانا توجد طبقات من كتلة عصبية دماغية مع  
 مواد ضخمة مصفرة صلبة أو سائلة واخلية بشرية وقد تكون هذه الاكياس  
 عظيمة الحجم

\* (الاعراض والسير) \*

ينسدران تسبق الاكياس المبيضية باعراض الالتهاب المبيضي التي  
 ذكرناها في البحث السابق والغالب ان تفقد الظواهر السابقة بالكلية بل  
 والاكياس المبيضية نفسها لا ينتج عنها أدنى عرض مادامت صغيرة وغير  
 ضاغطة على الاعضاء المجاورة وأما كونه ينتج عن هذه الأورام مكابذات  
 أولا وأي نوع من المكابذات والعارض وأي شدة تنتج فهذا انما يتعلق  
 باختلاف وضعها فمثلا الاكياس المبيضية المتناسبة الحجم الكاينة خلف  
 الرحم في مسافة دو جلاس اى التقعير الرحمي المستقيم الدافسة للرحم نحو  
 المشانة يمكن ان ينتج عنها اضطرابات عظيمة في البول تختلف باختلاف الجزء  
 المنتعظ في المشانة فيوجد على الدوام تطلب للتبول أو عسر فيه وكذا التبرز  
 قد يحصل فيه عوق عظيم بسبب ضغط اورام صغيرة وكذلك الضغط الواقع  
 على الاعصاب السائرة على الجدار الخلفي من الحوض قد يحدث الاماني  
 القطن وكذا علامات انضغاط الجذوع العصبية لاحد الاطراف فتشاهد  
 تارة آلاما وتارة احساسا ينتمل في ذلك الطرف وبالضغط الذي تحدثه  
 الاورام المبيضية على الجذوع الوريدية في الحوض يحصل احيانا انتفاخات

او ذمماوية او تمددات دوالية في الاطراف السفلى وفي بعض الاحوال قد  
 ينضم لهذه الظواهر تغيرات في الثديين سيما اتفاخهما وتلون الحلمة  
 المسمر بيل وافراز مادة مصلية ايضا تعرف بالكلوروس-تروم وكذا التي  
 العرضي واضطراب البنية العام الذي يشابه ما يحصل في ابتداء الحمل قد  
 يصاحب كل منهما نحو الاكياس المبيضية

ومتي تمت هذه الاورام وارتفعت من الحوض الى اعلى زالت ظواهر الضغط  
 على اعضاء الحوض فتظهر المرضى في حالة استراحة محسوسة ولا يتضح  
 وجود المرض الا بالعلامات المدركة التي سنذكرها ومع ذلك ففي بعض  
 الاحوال قد تستمر عوارض الضغط المذكورة ولومع نحو الورم قد يحصل  
 مثلا ان الجزء السفلي من الكيس يكتسب شكلا اسفينا ويسقط الى اسفل ولو  
 مع صعود باقي الورم المتراد في الحجم الى اعلا فتستمر اعراض الضغط الواقع  
 منه في الحوض الصغير على الاعضاء الكائنة فيه وقد تجذب المثانة الى اعلا  
 بارتفاع الورم فينتج عن ذلك احسانا كما بدأت جديدة في التبول وازدياد  
 الورم وتقدمه تدريجا يتضايق تجوف البطن وتعاق حركات الحجاب الحاجز  
 فيندفع الى اعلا وحينئذ تظهر اعراض ناتجة عن ضغط الاحشاء البطنية  
 والاجزاء السفلى من الرئة ولذا يصير كل من امتلاء المعدة ولو قليلا وتعدد  
 الامعاء بالغازات متعبا للغاية فيحصل القيء بسهولة ويضيق النفس  
 وتضخ علامات النزلات الشعبية بسبب الاحتقان التغمي الجانبي في  
 الاجزاء العليا من الرئة بل وافراز البول قد يتناقص تناقصا عظيما بالضغط  
 الواقع على الكلية واخيرا يحصل اضطراب عظيم في التغذية العامة بسبب  
 الاضطرابات المختلفة التي تسببها الاعضاء المعينة على تجديد التغذية  
 وتكوين الدم ولذا تتضح اعراض الانيميا والاستسقاء العام وتضخم  
 القوى وتظهر نحافة الجسم وينقطع الحيض بالكلية وترشخ الاطراف  
 السفلى وحينئذ تهلك المرضى عقب النهوكة العامة

ثم ان المدة التي تمضي الى الانتهاء المحزن تختلف اختلافا عظيما فقد تقادى  
 عدة سنوات لكن بعض المرضى يهلك بسرعة عقب طروا مرض اخرى  
 وربما هلك عدد عظيم عقب اما الجمة غير الجيدة ونحو هذه الاورام غالب الا يحصل



الاجزاء العليا من الرثة بل وافر از البول قد يتناقص تناقصا عظيما بالضغط  
 الواقع على الكلية واخيرا يحصل اضطراب عظيم في التغذية العامة بسبب  
 الاضطرابان المختلفتين تكايدها الاعضاء المعينة على تجديد التغذية  
 وتكوين الدم ولذا توضح اعراض الانيميا والاستسقاء العام وتضمحل  
 القوى وتظهر نحافة الجسم وينقطع الحيض بالكلية وترتشح الاطراف  
 السفلى وحينئذ تمهلك المرضي عقب النهوكة العامة  
 ثم ان المدة التي تضي الى الانتهاء المخزن تختلف اختلافا عظيما فقد تتأدى  
 عدة سنوات لكن بعض المرضي يهلك بسرعة عقب طروا مرض اخرى  
 وربما يهلك عدد عظيم عقب المعالجة غير الجيدة ونمو هذه الاورام غالبا لا يحصل  
 بكيفية مستمرة بل متقطعة وقد شاهدت اسنكسوني احوالا كان فيها يتزايد  
 السائل في الكيس ويتناقص تدريجا كما كان قبل طروا الطمث يتزايد حجم  
 الورم بازدياد افرز جدره ويتناقص عقب زوال الطمث وبعض الاكياس  
 لا يبلغ الاجسام متوسطا ثم يستمر هكذا وقد شاهدت في حالة من احوال اكياس  
 المبيض التي ظهرت عند المريضة وسنها ثمان عشرة سنة فماتت بعد وصول  
 الحطم ههول جدا وتؤدى على ذلك عشرين سنة وانتهى هذا المرض بالشفاء التام  
 اى عقب امتصاص محتصله لم يمكن اثباته اثباتا كليا انما الظاهر ان هذه  
 الاكياس احيانا تكايد ضمورا عقب ما يعترى جدرها من الاستحالة العظمية  
 ومن العوارض التي يمكن حصولها في سير هذا المرض التهاب الطبقة  
 الغمدية البريتونية وهو كثير اما ذاتي عقب نمو الاكياس السريع او  
 ينشأ عن الاعمال الجراحية وهذا الالتهاب يتضح بالام كثيرة الشدة  
 او قليتها تزداد بالضغط وكذا بظواهر حمية ولكون هذا الالتهاب  
 يؤدى لالتصاق الاكياس المبيضية بالاجزاء المحيطة بها فمهمة  
 جدا بالنسبة لانذار عملية الاستئصال ومنها التهاب السطح الباطن من  
 الكيس المبيضي وهو اندر من التهاب سطحه الظاهر وأقل معرفة  
 في التشخيص وينشأ غالبا عن بط الكيس الذي يعقبه تغيير في صفات  
 محتصله وحينئذ يكون الاحساس المؤلم مفعودا بالكلية غالبا والعرض  
 الوحيد لهذا التغيير في الغالب هو الحركة الحمية الحفيفة التي لا يسهل توجيهها

غالبها ومنها تمزق الا كياس المبيضية احيانا عقب عودها تمددا عظيما  
 او بتأثير بعض مؤثرات ظاهرية وانسكاب متصلها في تجويف البطن  
 وباختلاف طبيعة متحصل هذه الاكياس فتختلف الاعراض الناتجة عنها  
 في الجودة والرداءة فهناك احوال يكون السائل المنسكب في تجويف البطن  
 من الاكياس صليبا صافيا او حينئذ يتصل بسرعة ولا يتماثل الكيس ثانيا  
 الا فيما بعد اولا يعود امتلاؤه ثانيا ومع ذلك ففي نفس الاحوال المذكورة  
 يكون انسكاب السائل المصلي في تجويف البطن مصحوبا بالام شديدة  
 واضطراب عام ثقيل واما الاحوال التي فيها يكون متحصل الكيس المتزق  
 سائلا قوي التأثير او مشتق على مواد شحمية او شعرية ونحو ذلك فيحصل  
 الموت بسرعة عقب ظهور اعراض التهاب البر يتوفى الثقيل وفي الحالة  
 التي ذكرناها فيما تقدم حصل ثقب الكيس عقب ارتجاج الجسم الشديد  
 بعد مضي عشرين سنة من منشأ الكيس ولم يحصل ابتداء الالتهاب  
 بر يتوفى متوسط الشدة ولو كان متحصل الكيس المنسكب في تجويف  
 البطن تخيما عجيبيما تقريما ومحتويا على كثير من الكواستيارين  
 فكانت هذه الواقعة بالنسبة لتلك المرأة كانت أم اجدا الا أن بطنها الذي  
 هبط بالسكاية عقب تمزق الكيس اخذ في الامتلاء تدريجا بحيث انه عما  
 قليل من الاسابيع وجد اكثر تورا عما كان ولا شك ان السطح  
 الباطن من الكيس المتزق عادي فرز ثانيا وانسكب مقهله في تجويف  
 البطن وانضم لذلك نضجر يتوفى وقد اضطراب الحال لتكرار البذل في المرة  
 الاولى استفرغ مقدار ٣٠٠٠ سنتيمتر مكعب من مخلوط مكون من افراز  
 الكيس والبر يتون وقد بلغ بالوزن واحدا وخمسين رطلا اعنى ثلث وزن  
 جسم المريرة قبل البذل وبعد البذل الرابع بع بعض اسابيع هلكت  
 المريرة في حالتها وكه والصفات التشريحية ايدت التشخيص المقبول  
 مدة الحياة وبالجملة فالاكياس المبيضية عوضا عن كونها تمزق فجأة قد  
 تنفتح تدريجا عقب حصول التهاب في جدرانها وينسكب متصلها اما في  
 تجويف البطن او اعضاء اخرى مجاورة عقب انصافها بما رأوا كذلك  
 مشاهدة انفتاح هذه الاكياس في المستقيم وحصول ضمور مسر فيها

وبالبحث الطبيعى يمكن معرفة الاكياس المبيضية غالباً ولو لم تكن صعدت الى اعلى من الحوض الصغير فانها اذا كانت موضوعة فى مسافة دو جلاس اوبين الرحم والمثانة أو على جانبي الرحم احسن الطبيب باصبعه عند البحث من المهبل عن هذه الاصغار بورم ظاهر محدود وكثير الحركة وقليلها وهذا الورم تبعاً لوضعه يحول الرحم الى اتجاهات مختلفة واحياناً يمكن الوصول الى الكيس من المستقيم وكما اتضح ان هذا الورم غير تابع لحركات الرحم الا بكيفية غير تامة تاكدت لنا حقيقة التشخيص

واما اذا صعد الكيس المبيضى من الحوض الى اعلى فيكون اعلى من الفرع المستعرض للعانة وربما مقعر كالمحدد من الاعلى تحديداً جيداً ذا شكل مستدير غير مؤلم وفى هذا الورم يحس بتوجع كثير الوضوح او قلبه واذا رفع هذا الورم باحدى اليدين وكانت الاخرى موضوعة فى المهبل لاجل البحث وجد ان الرحم لا يتحرك مع الورم الا عند فعل حركات عظيمة والعكس بالعكس

ومتى نما الورم نحو اعظمها امتد جهة الخط المتوسط والاكياس المبيضية العظيمة التى تصعد الى اعلى من جهتي البطن الى حافات الاضلاع وتغلاجهتي البطن لا يمكن تحديدها تحديداً واضحاً ولا معرفة كونها اوراماً منفصلة وتقدد البطن العظيم وروزه يكون أعظم من عرضه ولا يتغير شكله عند الاوضاع المختلفة للجسم وزيادة عن ذلك فيكون ذا شكل غير منتظم عند البحث بالظفر والجس وهذه الظاهرة تدل على تكون الورم من جملة أكياس محتلمة ببعضها وصوت القرع فى جميع المحال التى فيها الورم يلامس الجدر البطنية يكون أصم ولو كون الامعاء تندفع الى الاعلى والجانبين بواسطة ورم المبيض تتضح الاهمية بكثرة خصوصاً فى الجهة المقدمة من البطن التى فيها يكون صوت القرع فى احوال الاستلقاء الرقى ممثلاً أى زناً او انماى الجهات الجانبية السفلى فيكون الصوت قليل الاهمية وطبلياً ويحصل فى الرحم تحولات مختلفة بواسطة دفع الاورام المبيضية العظيمة والحجم وعلى ذلك تكون نتيجة البحث من المهبل مختلفة باختلاف الاحوال فان الرحم قد يكون مندفعاً الى اسفل اندفاعاً عظيماً جداً بحيث يحصل فيه سقوط وتارة

يندفع الى الامام وتارة يجذب الى اعلى بحيث يستطيل المهبل ويمتد ولا  
يمكن الوصول الى فوهة الرحم  
وتنخضض الاكياس المبيضية الجلدية يرتكن فيها الى القوام الجعيني  
والنمو والبطئ فيها ولا يندرا التهاب تلك الاكياس وتقيحها وبذلك يحصل  
انثقاب اما في المثانة أو المستقيم أو المهبل أو الجدار المقدم من البطن وفي  
بعض هذه الاحوال قد حصل بعد تقيح الكيس شفاء تام

\* (المعالجة) \*

معالجة الاكياس المبيضية تكاد تختص بفن الجراحة وجميع الوسائط  
المساعدة على الامتصاص ليس لها ادى نتيجة بل الغالب انها تكون مضرة  
حيث كان اغلبها قوى التأثير ومثل ذلك يقال بالخصوص بالنسبة لاستعمال  
المركبات اليودية والزئبقية وقد يحصل وقوف في غم الكيس بواسطة استعمال  
المسهلات الشديدة والحبة القاسية لكر حيث لا يمكننا التماهى على هذه  
الطريقة الا زمنا قليلا جدا فنجأها ليس الا وقتيا فلا منفعة فيها بالنسبة  
للمرضى في وقوف الورم بعض زمن في النمو ورجوعه عما قبل الى التزايد  
ولا يؤمل كذلك باستعمال الجواهر الدوائية من الباطن باحداث تغييرى  
جدر الكيس به يفقد قابلية تمدده ومع انه ثبت بالتجارب ان المعالجة الدوائية  
ليس لها ادى ثمرة لكن لا مانع من استعمال بعض المعالجات اللطيفة لاجل  
تسكين روع المرضى خصوصا استعمال بعض الحمامات المعدنية كياه كريتزاخ  
وتلس

واما المعالجة العرضية فتختلف دلالتها باختلاف حالة المريض بان كان  
هناك ظواهر تدل على اختناق بعض الاعضاء المجاورة او التهاب في الطبقة  
البريتونية او تغير في التغذية العامة او خلافا من الظواهر المهددة لحياة  
المريض فيجب معالجة كل منها بما يليق به وامادالات البذل أو الحقن اوة  
الاستئصال فهذا من خصائص علم الجراحة

وعملية استئصال المبيض التي تعتبر من العمليات الخطرة جدا ولا تستعمل  
الا في الاحوال التي فيها يكون الورم بسبب عظم حجمه وسرعة نموه وعظم  
المكابدات الناشئة عنه مهدد للحياة المرضى قد فعلت بكثرة في العشرين

الاخيرة من كثير من الجراحين وفي الحقيقة وجدت نتائجها جيدة للغاية  
 لاسمعا عند اجراء تلك العملية من أيادي جراحين متمرنين عليهم ومجربين  
 فيها فقد تحصل المعلم اسپنسر ولس في خمسمائة عملية من استئصال المبيض على  
 ثلاثمائة واثنين وسبعين انتهوا بالشفاء ومائة وثمان وعشرين انتهوا بالموت

(المبحث الثالث في التولدات المرضية الجديدة)

\* المضاعفة للمبيضين واورامهما الصلبة \*

قد ينشأ ورم كيسى لحمى يتكون جديد عظيم من أخلية متسوح ضام في المبيض  
 صاحب نمو الاكياس وهذا الكيس اللحمى يكون ورما ينسد ان يصل الى  
 عظم الاورام المذكورة في المبحث السابق

وفي أحوال نادرة قد تتكون اورام ليفية بسيطة في المبيضين غير مضاعفة  
 بتولدات متكيسة ونوع ذلك فقد شوهدت ذات حجم عظيم وانى الآن لعالمج  
 لامرأة سنهاتها نحو خمس وخمسين سنة مصابة بورم ليفى حجمه كراس الطفل  
 صلب من كب من عدة تعقدات كائى في المبيض الايمن ويمكن تخرجه يمينا  
 وشمالا ولفه على محوره بسهولة

وأكثر من ذلك حصول احوال السرطانات المبيضية ولا يكاد يشاهد من  
 أشكال السرطان في المبيض الا النخاعى واما الاسبكروس والهلامى فنادر  
 وقد يكتسب سرطان المبيض بمضاعفته بتكون كيسى حجما عظيما ويكاد  
 يمتد هذا التكون الجديد الى أجزاء ممتدة من البريتون على الدوام وكل  
 من الصلابة العظيمة للورم ذى التجدبات واختلاف سيره عن السير  
 الاعتيادى للاكياس المبيضية قد يحكم به مع تفاوت في التأكيد على  
 ان الورم ليس مجرد كيسى في المبيض وفي غالب الاحوال يبقى التشخيص  
 مبهما وقد تيسر لي في حالة استسقاء زقى عظيم شاهدتها تشخيص  
 سرطان بريسونى ناشئ من المبيض قبل فعل البذل وظهور تجدبات  
 ورم المبيض وذلك عقب رفض جميع اسباب الاستسقاء واعتبار  
 قول المريض بوجود آلام في الجهة اليمنى السفلى من البطن والفخذ الايمن  
 وتعددت دوالية في أوردة هذا الطرف وما قيل في معالجة الاكياس  
 المبيضية يقال في معالجة أورام المبيض المذكورة هنا وزيادة عن ذلك

فلاستسقاء الزقي هنا اذارهأ كثر ثقلا ما تقدم

الفصل الثاني في امراض الرحم

(المبحث الاول في الالتهاب الرحمي النزلي)

(والقروح النزلية للجزء المهبل من الرحم)

\* كيفية الظهور والاسباب \*

الغشاء المخاطي الرحمي يكون في مدة الحيض مجلسا الاحتقان شديدا بحيث يعترى او عيته الممتلئة تمزق وقبل ان يصل الاحتقان الى هذه الدرجة وفي الزمن الذي ياخذ فيه في التناقص يكون الافراز المخاطي الرحمي متزايدا ومتغيرا وهذا الالتهاب النزلي الطبيعي يصير مرضيا متى استمر احتقان الغشاء المخاطي وتغير افرازه زيادة عن وقت الحيض الطبيعي او حصل في زمن لم ينفذ فيه بيضة تامة اللصيح من المبيض اعني في زمن غير زمن الحيض ومتى اعتبرنا هذه الحالة دليل علينا توضيح كثرة حصول الالتهابات النزلية الرحمية اذ لا يوجد الالتهابات النزلية في غشاء مخاطي آخر اكثر من هذا المرض سوى التزلات المعدية فان الغشاء المخاطي لهذا العضو يكون مجلسا ايضا لاحتمانات فسيولوجية

ثم ان الاستعداد للاصابة بالالتهاب الرحمي النزلي يختلف باختلاف اطوار الحياة ففي سن الطفولة الذي فيه لا تحصل احتقانات دورية طبيعية في الرحم ينذر هذا المرض ويكثر جدا في سن البلوغ وفي زمن اليأس يتناقص هذا الاستعداد بالكلية

ومن الاسباب المهمة للتزلات الرحمية الاحتقانات الاحتمالية لاهمية الرحم كالتى تحصل امامن امراض القلب او الرئتين التي ينتج عنها عوق في استفرغ الدم ورجوعه الى القلب الايمن فان عوق استفرغ الدم من الاوردة الرحمية يحدث فشكل الالتهاب النزلي للغشاء المخاطي في هذا العضو فيشابه حينئذ الحالة السياتوزية والظواهر الاسنسية في غير هذا العضو من الاعضاء وفي كثير من الاحوال يكون سبب هذا الالتهاب الرحمي النزلي الضغط الواقع بواسطة الاورام او بالمواد السفلية الضالصة المتجمعة في المستقيم او التعريح السيني وقد اشرنا فيما تقدم الى ما هو معلوم من ان بعض

المرضى اللاتي اعتراهن نزلات رجمية قد يتركن معالجة اطباثهن ولو كانوا  
من المشاهير في معالجة امراض النساء ويسأمن منهم لقلة النجاح فيقعن في  
ايدي الدجالين او يباشرن استعمال حبوب موريسون ونحوها ولم تنكران  
مثل هاتيك المرضى قد يحصل عندهن راحة متفاوتة في المدة زيادة عما كن  
عليها باستعمال هذه الوسائط المسهلة المقول بانها وسائط علاجية نوعية  
عمومية ومنها ان الالتهابات الرجمية التزلية تنشأ عن التهيجات اللاواسطية  
المؤثرة على الرحم لاسيما التهيجات التي تؤثر على هذا العضو في حالة الاحتقان  
الصحي ولذا يحصل الالتهاب الرجمي التزلي بسمولة عظيمة جسد امي اثر مهيج  
على الرحم مدة الحيض والتهيجات الواصلة التي يكابدها الرحم كالجماع  
المتكرر العنيف والسحاق والاحتسكك بقضبان صناعية او حمل  
فرازج او نحو ذلك من المهيجات من هذا القبيل ومن هذا بعد ايضا  
النزلات الرجمية التي تضاعف امراض اخر في هذا العضو كالالتهاب الرجمي  
الجوهري وكالتولدات الجديدة في هذا العضو ويعتبر التهاب الرحم هنا  
عرضيا ومنها ان النزلات الرجمية تكون متعلقة بالامراض العامة فكثيرا  
ما يشاهد الالتهاب الرجمي التزلي الحاد في احوال التيفوس والهيضة  
والجدري وغيرهما من الامراض التسممية العامة وكذا يشاهد الالتهاب  
الرجمي التزلي المزمن مصاحبا عادة للخلوروزوداء الخنازير والسل والارتباط  
السببي بين الاضطراب الغذائي الموضعي الرجمي وبين هذه الامراض غير  
واضح كما تقدم مرارا ومنها ان الالتهاب الرجمي التزلي قد يظهر ظهورا وبائيا  
تقريرا أي انه يكثر حصوله في بعض الازمنة بدون سبب معلوم ينسب اليه  
والظهور الوبائي للالتهاب الرجمي التزلي لا يعني به الا النزلات الرجمية التي  
تحصل في بعض الازمنة بدون اسباب معلومة وحصولها يكون بكثرة عما  
يشاهد في أزمنة اخرى

\* (الصفات التشريحية) \*

يندران تشاهد التغيرات المرضية للالتهاب الرجمي التزلي الحاد في الجثة  
لكن هذه التغيرات لا تخالف التغيرات الاخر التي تشاهد في احوال

لالتهابات النزلية لاغشية مخاطية اخرى فيوجد حينئذ احدة قان وانتفاخ  
ورخاوة ولين في الغشاء المخاطي وتناقص في الافرازات المخاطية ابتداء ثم يتزايد  
بكثره وفي الدور الاول يكون هذا الافراز صافيا ومحتويا على قليل جدا من  
الاخلية ثم يصير مصفرا ومحتويا على اخلية بكية عظيمة

واما في احوال الالتهاب الرحي النزلي المزمن فيمكون الغشاء المخاطي  
كثرا نثفاخا وفي حاله ضخامة ولونه احمر مسمر أو سنجابي داكن والافراز  
الذي يخرج من تجويف الرحم يكون صديديا وكثيرا ما يكون مختلطا ببعض  
الشرطه دموية واما الافراز الذي يخرج من قناة عنقه فيكون لزجا متماسكا  
ومكونا لسددها لامية وعند استمرار هذا التغير المرضي زمنا طويلا يتغير  
منسوج الغشاء المخاطي فموضعا عن الطبقة البشرية الهدبية تظهر طبقة  
بشرية اخرى غير هدية ويزول بعض الاجربة وينتفخ بعضها على هيئة  
أكياس وفي كثير من الاحوال يكون السطح الظاهر من تجويف الرحم  
لا سيما جداره الخلفي متوشحا بتجمعات سطحية سهلة الادماء وبتولدات  
بوليبوسية وكثيرا ما يبرز من فوهة الرحم المتددة جدا خصوصا عند وضع  
منظار رحي واسع الغشاء المخاطي المنتفخ المتحجب وكثيرا ما يشاهد في قناة  
عنق الرحم وفي محيط فوهته تجمعات مستديرة في حجم حبة الدخن او البسلة  
تتلمة بسائل شفاف وهي عبارة عن اجربة الجزء المهبل المتعدد بسبب  
انسداد فوهتها واستمرار حصول الافراز في باطنها

وكذا يشاهد كثير في فوهة الرحم القروح النزلية التي توجد في أغشية اخرى  
في حالة الالتهابات النزلية تكون على شكلين اما على هيئة القروح المنتشرة  
النزلية اى التسلحات النزلية وكثيرا ما يوجد هذا الشكل في الشفة الخلفية  
لفوهة الرحم وقد يمتد الى شفته المقدمه وفقد الجوهر هنا يكون سطويا جدا  
وذا شكل غير منتظم وقاع احمر مسمر مغطى غالبا بنضج صديدي واما على  
هيئة اخرى فيسمى بالقروح الجرابية وينتج عن تفرق وتقيح بعض الاجربة  
المنسدة وفقد الجوهر فيه يكون صغيرا مستديرا ولا ميل له الى الامتداد  
عرضا وهناك شكل اخر من القروح يصاحب بكثرة الالتهابات الرحمية  
النزلية وهو قروح عنق الرحم الحبيبية وتتميز عن التسلحات البسيطة التي



يظهر انها تنشأ عنها وتعرف بسطحها غير المنتظم الحبيبي الذي يدمى بسهولة عظيمة والصفة الرخوة للصبغات تمنع من اختلاط القروح الحميية بالتسلخات البسيطة فان هذه الاخيرة متى كان مجاسها على سطح موشح بصبغات جرابية متقاربة لبعضها وذات بروزات تكتسب هيئة حبيبية كذلك

**\* (الاعراض والسير) \***

الالتهاب النزلي الشديد للرحم ذو السير الحاد نادر ما عدا الشكل الزهري منه ويستكلم عليه فيما بعد وفي العادة يبتدىء هذا المرض باعراض الاحتقان الشديد نحو الاعضاء التناسلية الكائنة في الحوض وبالاممزة في القطن وفي قهبي الاريثين مع احساس بامتلاء وثقل في الحوض ونعسر في التبول وبزحير أيضا غالباً وبالضغط على البطن الاسفل تتألم المريضة ولولم يحس عند الجلس بالرحم من خلال الجدر البطنية وفي أحوال هذا المرض الخفيفة لا تكون هذه الظواهر مصحوبة باعراض حمية عادة وأما في أحواله الشديدة سيما التي تظهر عند الاشخاص ذوي الحساسية العظيمة فلا يندر أن تكون مصحوبة باعراض حمية ثم بعد مضي ثلاثة أيام أو أربعة تدرك المريضة خروج سيلان من أعضاء التناسل يكون في الابتداء شفافاً وفيه بعض لزوجة ويحدث في ملابس المريضة بقعاً صفراء وفيما بعد يصير هذا السيلان غير شفاف قهبياً كثيراً أو قليلاً ويترك في الملابس بقعاً مصفرة وإذا وضع المنظار الرجمي في المهبل وهي واسطة مؤلمة جداً متى كان المهبل مشتركاً في الالتهاب مع الرحم وجد عنق الرحم منتفحاً ذا لون أحمر داكن ويشاهد أيضاً خروج الافراز المذكور سائلاً من فوهة الرحم وهذا السائل يكون ذا صفة قلووية عكس الافراز المهبلية فإنه يكون ذا صفة حمضية وفي غالب الاحوال تزول الآلام والحجى معا بعد مضي ثمانية أيام أو أربعة عشر يوماً ويتناقص السيلان أيضاً ويفقد هيئته القهبيية ثم تزول بالكلية وفي أحوال أخرى تعقب اعراض الالتهاب الرجمي النزلي الحاد باعراض الشكل المزمن منه

ثم ان الاحوال الاخيرة أي التي فيها يعقب الالتهاب الرجمي النزلي الحاد بالالتهاب الرجمي المزمن اندر من الاحوال التي فيها تحصل

الظواهر الخاصة بالالتهاب الرحمي المزمن ابتداء وفي مثل هذه  
الاحوال يكاد ابتداء المرض لا يكون واضحاً حتى يتأكد من معرفة فان  
المرضى عادة لا تلتفتن التفاتاً كلية للسيلان الذي يكون مدة طويلة من الزمن  
هو العرض الوحيد لهذا المرض مادام هذا السيلان غير غزير بحيث لو سئل  
عن ابتداءه لكدن أن يجيب على الدوام بجواب غير قطعي وكية السيلان  
المنفرز كل يوم تختلف اختلافاً عظيماً فتارة تكون قليلة وتارة غزيرة بحيث  
تلتجى المرضى لتغير الملابس يومياً ووضع مناديل منثنية جمل ثنيات مدة  
الليل ويستدل من ككون السيلان متعلقاً بتزلة رجمية بخروج سدود  
مخاطية زجاجية اللون زمنافز منساو كانت البقع المخاطية عن الافراز في  
الملابس سنجابية جافة واما السيلان الصديدي الذي يخلف بقعاً مصفرة فلا  
يمكن معرفة كونه آتياً من الرحم او المهبل وكلمة أثر الافرازات أثيرام يجبا  
على السطح الباطن من الفخذين قوى الظن بان جزءاً منه بالآقل آت من  
المهبل وفي الادوار الاخيرة لهذا المرض لا يتدرا احتباس هذا السائل في  
تجويف الرحم بسبب انتفاح ثنيات الغشاء المخاطي والسدود المخاطية  
السادة لعنق الرحم وحينئذ يمتلى تجويف الرحم ويمدد وفي مثل هذه  
الاحوال تحصل أحياناً انقباضات مؤلمة في الرحم كالآلام الطلق تعرف  
بالمغص الرحمي وكلمة استطالت مدة الالتهاب الرحمي النزلي وتقدم تغير  
الغشاء المخاطي عن حالته الطبيعية كلما كثرت مشاهدته اصطحاب الاحتقان  
الفسسيولوجي للرحم الذي يطرأ مدة الحيض بظواهر مرضية واكثرها  
المكابدات الشديدة التي تطرأ قبل الحيض والالام التي تحصل في أثناءه  
أعني عسر الحيض وفي احوال أخرى قد يحصل فقدوموى من الرحم وفي  
غيرها يتناقص أو يفقد بالكلية واما الحمل فلا يمنع دائماً والتجارب  
التي تثبت حمل بعض المصابات بالتهابات رجمية شديدة مستعصية جداً  
تدل على ان النزلة الرجمية في حد ذاتها لا تمنع الحمل بل الذي يمنعه هو  
امتدادها الى البوقين وانسدادهما بالتحصل المرضى للغشاء المخاطي  
هو السبب الرئيس لعدم الحمل فيفتدلاً مانع من حمل المصابات بالالتهاب  
الرحمي النزلي المزمن الا انهن يكن عرضة للاجهاض والوضع الغاير اى

المر كزى للشبهة وقد ظن وبت ان كلام من الوضع الغاير للشبهة والعقر عند  
 المصنعات بما ذكر هو صعوبة تشبث البيضة بالغشاء المخاطي في  
 الحالة الاولى لا تثبت البيضة عند فوهة البوق بل في محل غاير من الرحم  
 وفي الثانية لا تنحجز عند الفوهة الباطنة من عنق الرحم بل تسقط منه  
 وتفسد وبمكون العنيمات الشفافة المعروفة بعنيمات نابوت الناتجة عن قو  
 اجرية الرحم والقروح التزلية والجرابية في فوهة الرحم لا تنوع اعراض  
 الالتهابات الرحمية التزلية تنوعا عظيما واما القروح الحبيبية التي تحصل  
 أحيانا في هذا المرض فكثيرا ما تكون سببا للاحاساسات المؤلمة وسهولة  
 النزيف عند الجماع وتؤدي بسهولة لحصول الاضرار ابان العصبية التي  
 سنذكرها فيما بعد وتأثير النزلات الرحمية المزمنة في الصحة العامة يختلف  
 اختلافا عظيما فتم نساء يتحملن هذا المرض ولو شديدا مدة مستطيلة مع  
 بقاء صحتهم العامة وقوتهم وهيئتهم الجيدة وهناك من يحصل لهم تحاقة  
 بسرعة فتخط قواهم ويصير لون جلد هق باهتا وسخا وتحاط أعينهم  
 بهالة مزرقة وكثيرا ما تشاهد الاضرار ابان العصبية العامة المختلفة  
 عند المصابات بالتهابات رحمية ضمنية وينشأ ذلك اما عن حالة الانبياس  
 الموجودة فيهن او عن تهيج الفريعات العصبية الرحمية وامتداد هذا التهيج  
 المرضي الى اعصاب أخرى بطريقة انعكاسية واهكثير هذه الاضرار ابان  
 مشاهدة هو الثوران العصبي العام وكذلك الآلام والتشنجات العصبية  
 أو الاستريا الواضحة (راجع مجت الاستريا) ويعتد من التقدمات العظيمة  
 للطب الوقوف على كثرة الارتباط بين هذه الظواهر العصبية الاستيرية  
 والنزلات الرحمية وغيرها من امراض الرحم واثيرات ذلك بالمشاهدات  
 اللاواسطية ومعالجتها معالجة لا ثقة لكان قد صار الوقوع في خطأ مضاد  
 لذلك في هذا العصر وذلك لانه اعتبرت كل استريا متعلقة بمرض في الرحم  
 بلا تبصر في حقيقة الامر وضرب صفحا عن باقي اسباب الاستريا فانه لا شك  
 انه من منذ ما تجتهد الافكار في هذا المرض نحو الجزء المهبل من الرحم  
 وكادت تترك معالجة الاستريا من العوام والاطباء الى الاطباء المختصين  
 بامراض النساء شفي كثير من المصابات بالاستريا وكانت تبقى سابقا

بلاشفاء السكن من جهة أخرى كثير امارا لا يبرأ منهن الا نوكا في الازمنة  
السابقة يحصل على فائدة من الاطباء ولذا كان من الواجب على كل طبيب  
الاشتغال بامراض النساء ولو بدرجته كما و يمارس حق الممارسة استعمال  
المنظار الرحمي فان لم يجز الطبيب المعالجة الموضوعية بنفسه ما عدا ان يتركها  
لطبيب خاص بامراض النساء لئلا يخطئ في حفظ نفسه الحكيما ان كان يلزم اجراء  
هذه المعالجة الموضوعية ام لا والفضل للطبيب المختص به من هذا الفن  
في زوال امتناع النساء بالنسبة لاستعمال المنظار فترى سببا فانه في الطيقة  
العليان العائلات يعلم كل من الزوجين بانه لا بد من استعمال المنظار عند  
وجود السيلان الابيض بل وفي العائلات الوسطى لا يجد الطبيب ذو الامنية  
ادنى عائق عندما يؤكديان البحث بالمنظار واجب ولذا لا ينبغي للطبيب في  
مثل هذه الاحوال ترك البحث بهذه الآلة اذ به يمكن الوقوف بالدفقة على  
ينبوع السيلان ومعرفة اغلب تغيرات فوهة الرحم التي شرحنا ما فيها  
تقدم واما البحث بالاصبع فلا يكفي الا في معرفة وجود انتفاخ الجزء المهبل  
من الرحم الذي كثيرا ما يصاحب النزلات الرحمية وفي وجود العنينات  
النسبوتية وسير التهاب الرحمي النزلي من غالبها اذ كثير اما تعدد  
سنيين ويقاوم المعالجات الجيدة ومن تتايجها التهابات الرحمية الجوهرية  
المزمنة فاقوة وسات الرحم وانسداد قناة عنقه وسبب ذلك موضعا كل في  
مبينه على حذره

### \* (المعالجة) \*

اتمام ما تدعيه المعالجة السببية في هذا المرض من أهم الامور فانا وان  
اعترفنا بتقدمات الاطباء المستجدين المختصين بمعالجة امراض النساء  
واقضت لنا نتائج معالجةهم في النزلات الرحمية وتفضيلها عن نتائج  
الطرق العلاجية القديمة لا يتخلو ولا بد لبعض منها من توجه الاعتراض عليه  
وذلك لانهم يلتفتون كل الالتفات لاتمام ما تدعيه معالجة المرض نفسه  
بدون الالتفات الى ما تدعيه المعالجة السببية له فالدلالة السببية  
في الاحوال التي يكون فيها التهاب الرحمي النزلي ظاهرة متعلقة باحتقان  
دموي وريدي احتباسي كالساقع عن امراض القلب والرئة لا يمكن اتمامها

غالبها وفي الاحوال التي يكون فيها احتقان الرحم ناتجا عن امسالك  
 مستعص اعتمادي تكون معالجة هذا المرض على حسب القواعد المذكورة  
 في مجيئه ناجحة ولذا لا يجوز الشروع في معالجة الموضعية للرحم الا بعد التاكيد  
 من ان ازالة الامسالك الاعتمادي بانفراده ليس كافيافي الشفاء في مثل هذه  
 الاحوال وكثير ما يوصى بعد المعالجة الموضعية القوية للنزلات الرحمية بمعالجة  
 تابعة بواسطة تعاطي المياه المعدنية المسهلة وغيرهامن من المسهلات اللطيفة  
 وتكون هذه الاخيرة اكثر نجاحا من المعالجة الموضعية وذلك لانها يترتب عليها  
 ازالة سبب هذا المرض وكذا من المعلوم انه ينبغي ازالة أو تجنب جميع المؤثرات  
 المضرة المهيجة للرحم أو الحافظة لهجهجه ومن هذا القبيل استئصال  
 التولدات الغريبة المتكونة فيه ومعالجة بعض الامراض العضوية الاخرى  
 النبتة عنها الالتهاب الرحيمي النزلي المزمن واما النزلات الرحمية المتعلقة  
 بتغيرات بنية عومية كالانيميا والخلوروز وغير ذلك فينبغي قبل معالجتها  
 الالتفات الى حالة البنية العامة فتستعمل مثلا الاستحضارات الحديدية  
 والسكينا والغذية المقوية وتعاطي التيميد بمقدار مناسب في الاحوال  
 التي تكون فيها هذه الالتهابات ناتجة عن الانيميا او الخلوروز وكذا  
 النجاس الذي يحصل احيانا من الحمامات الباردة والبحرية والمعدنية  
 والنطولات الباردة وتنو يسع حالة المرضى وتغذيتهم ومعيشتهم في احوال  
 النزلات الرحمية المترمنة بعد ايضا من دلالات المعالجة السببية المؤثرة على  
 عموم البنية

واما معالجة المرض نفسه فان الدلالات العلاجية في احوال الالتهاب  
 الرحيمي النزلي سهل اتمامها اكثر من غيره من الالتهابات النزلية لاغشية  
 مخاطية اخرى يعبر الوصول اليها وكثيرا ما ذكرنا عدم منفعة الوسائط  
 العلاجية المستعملة من الباطن المقول عنها انها مضادة للالتهابات النزلية  
 فانها في معالجة الالتهابات الرحمية النزلية لا حاجة لها بالكافية ولذا ان ملح  
 النوشادر الذي لم يزل يزعم كثير من الاطباء انه جيد التأثير في النزلات  
 الشعبية والمعدية والمغوية ليس له ادنى استعمال في النزلات الرحمية فانه  
 يوجد عندنا وسائط اكدية جيدة في هذا المرض ومن زعم بانى اقول ان

المعالجة الموضوعية للاتهابات الرحمية النزلية غير ضرورية وانى أحط بقدر  
 تسببها فقد اخطأ وانما اردت فيما تقدم ان أشير الى انه لا ينبغي التمسك  
 باحدى الدلالات العلاجية واهمال الاخرى ففي جميع الاحوال التي فيها  
 لا يمكن معرفة سبب النزلات الرحمية وهى الكثير الغالب ينبغي فعل معالجة  
 موضوعية وكذا تستعمل هذه المعالجة في جميع احوال النزلات الرحمية والتي  
 استمر فيها هذا المرض زمنات طويلة على الخصوص المضاعفة بقروح سيميا  
 الحبيبية مع ملاحظة الوسائط العلاجية الموجهة نحو سبب هذا المرض  
 كما ذكرنا ومن الوسائط العلاجية الموضوعية نذكر ابتداء الحقن في المهبل  
 وفي الزمن المتقدم عن هذا العصر كانت هذه الواسطة هى الوحيدة المستعملة  
 في احوال السيلان الابيض للنساء سواء كان آتيامن الرحم أو المهبل وهذه  
 الواسطة وان كانت مساعدة في المعالجة وأقل ما هناك فى النظافة فلا تكفى  
 فى شفاء هذا المرض مثل الطرق الآتية ويكون الحقن فى النزلات الرحمية  
 الحادة بالماء الفاتر أو المغليات الملمية الفاترة وفى النزلات المزمنة يحقن  
 ابتداء بالماء الفاتر ثم بالماء المنخطة درجة حرارته شيئاً فشيئاً وبحلول ساعات  
 الحارصين أو الثمين أو الشب والاجود هنا استعمال الحقنة ذات الطلومية  
 لا البسيطة ذات الخرطوم المرن المثقب وذلك لاجل ادخال كمية عظيمة من  
 السائل بدون احتياج لخروج خرطوم الطلومية وادخاله فى المهبل مرارا  
 وتبيح المهبل وعنق الرحم بلا فائدة ويوصى ايضا فى احوال الاتهاب  
 الرحمى النزلى الحاد بارسال العلق على فوهة هذا العضو سيما اذا كانت  
 النزلات شديدة جدا وكذا تستعمل هذه الواسطة فى الاتهابات النزلية  
 المزمنة للرحم عندما تمتداد الاتهاب الى جوهره أو متى حصل توران فى  
 المرض محبوب باحتقان شديد نحو اعضاء الحوض وكذلك قد أوصى المعلم  
 اسكنسونى بارسال العلق أيضا فى الاحوال التي توجد فيها قروح حبيبية فى  
 فوهة هذا العضو ويوضع اميد الطبيب اوقابلة متعوده على فعل هذه  
 العملية مع جزم الطبيب بمعرفتها وعلى كل فالاطباء المختصون بامراض  
 النساء قد رجعو عن الاكثار من ارسال العلق على فوهة الرحم فى  
 معالجة الاتهابات الرحمية المحسوبة بتقرحه عكس ما كان يحصل من

الافراط في الاستعمال سابقا والواسطة القوية في معالجة الالتهابات  
 الرحيمة النزليه المزمنة سيما المعهورة بتسلخات نزلية او قروح جوائية في الجزء  
 المهبل من الرحم هو مس فوهة الرحم او قناسة عنقه بحجر جهنم او بحمول  
 من كز منه ولاجل تجنب قصف قلم الحجر الجهنمي في قناة عنق الرحم  
 يستعمل ما كان محمي منه من تين على النار او المضاف اليه بعض قحعات  
 من ملح البارد ولاجل تصالبه بالقلم المصنوع هذه المثابة يمكن ادخاله في  
 قناسة عنق الرحم بدون خوف وان حصل نزيف عند السكى بالحجر الجهنمي  
 الصلب او بعده وذلك كثيرا لوقوع حتى في القروح البسيطة ينبغي  
 استعمال محلول من كز من هذا الجوهر (جزء منه على جزئين أو أربعة من  
 الماء المقطر) والافضل من صب هذا السائل في منظار من الجزء المريض به  
 بفرشة ناعمة وهذه العملية ينبغي تكرارها كل أربعة أيام أو ثمانية الى أن  
 يتناقص السيلان ويكتسب الجزء المهبل من الرحم هيئته الطبيعية والمعالجة  
 بهذه الطريقة في احوال النزلات المزمنة للرحم ذات نجاح عظيم جدا بحيث  
 ان مس فوهة الرحم وقناسة عنقه في احوال التهاباته النزلية المزمنة بالحجر  
 الجهنمي ومحلوله المركب بعد من التقدمات العظيمة المتجددة للطب  
 العملي والالم الذي ينتج عن كى فوهة الرحم بهذا الجوهر ليس عظيما  
 في اكثر الاحوال وفي بعضها يكون شديدا للغاية فقد ينشأ عن ادخال  
 قلم الحجر الجهنمي في قناسة عنق الرحم دخولا غائرا انقباضات مؤلمة  
 في الرحم تستمر جملة ساعات وزيادة عن استعمال الحجر الجهنمي في  
 التسلخات النزلية لفوهة الرحم وقروحها الجراحية تستعمل جواهر أخرى  
 كحمض الخليك ومحلول نترات الزئبق وكبريتات الالومين (أعنى الحجر  
 الالهى) ومحلول فوق كالورور الحديد فاما حمض الخليك فيفضل استعماله  
 في قروح فوهة الرحم التي لها ميل عظيم الى التزيف واما محلول نترات  
 الزئبق والحجر الالهى خصوصا فيستعمل كل منهما في الاحوال التي فيها  
 لم يجد استعمال الحجر الجهنمي نفعا ومن الوسائط الكبيرة النفع جدا في  
 مثل هذه الاحوال الحديد الحمي لكن عدم كثرة استعماله مبنى على انزعاج  
 المرضى منه وتأثيره المفزع لاعن كثرة آلامه ولاعن خطر يتوهم فيه

والقروح الحبيبية السهلة الادماة لموعة الرحم يستعمل في معالجاتها مع  
 المبخاخ العظيم صبب حمض الخليك في المنظار فانه واسطة قوية النجاس  
 اذ بذلك يقف التزيف في كثير من الاحوال وذلك أ كدم استعمال فوق  
 كاورور الحديد والشب اللذين يفضل استعمالهما على الحالة الطبيعية  
 لا المحلولة في الماء وفي بعض الاحوال المستعصية أعنى التي لا تثمر فيها  
 الطرق السابق ذكرها والتي يظن فيها وجود تغير مرضي في تجويف  
 الرحم نفسه وانما للعقن في تجويف هذا العضو والمستعمل في ذلك عادة  
 محلول نترات الفضة (من خمسة دس جرام على ثلاثين جراما من الماء المقطر  
 أعنى من نصف جرام منه على أوقية من الماء) والحقن بهذه الكيفية أقوى  
 وأشده من مس قوهة الرحم بالجر الجهنمي وعند وجود الاستعداد للتزيف  
 الرحي بسبب ضخامة الغشاء المخاطي الرحي يحقن أيضا بمحلول فوق كاورور  
 الحديد أو صبغة اليود أو محلول الشب أو التنير أو حمض الكبروليك كما  
 أوصى به بعضهم وهذا الحقن يقطع النظر عن امكان نفوذ السائل من  
 البوقين الى تجويف البطن فبعد عقبه احداث مضمون رحي شديد التهاب  
 رحي حاد أو رحي دائري ينتهي بالموت احيانا ولذا ان اجراء الحقن في ياطن  
 الرحم يستدعى احتراسات عظيمة جدا بمعنى انه يحقن بواسطة قساطير مرنة  
 أو بواسطة محقنة برون وهو الاجود أو بحس مزدوج بكمية واهية جدا  
 وبدون ادنى قوة في تجويف الرحم بعد توسيع عنقه بواسطة قطع اسفنج  
 مجهزة مضغوطة حتى يمكن التأكد من رجوع السائل بسهولة ولا يفعل هذا  
 الحقن مادام الرحم ذا حساسية عند الضغط أو كان موجودا مع المريضة  
 التهاب رحي جوهرى أو مضاعفة اخرى

(المبحث الثاني في الالتهاب الرحي الجوهري)

(أو التهاب الرحم الحاد والمزمن)

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

التغيرات التي يكابدها منسوج الرحم في أحوال التهابه الجوهري الحاد  
 والمزمن تكاد أن تكون قاصرة دائما على الاحتقان الشديد والوذمة  
 الالتهابية وثقو وضخامة الاياف الخلوية لجوهر هذا العضو نحو



لا تشترك فيه أليافه العضلية الأقبيلية ولا تشترك فيه بالكافية وأما تقيحه  
أو تكون خراجات فيه فيكاد أن لا يحصل ذلك بالكافية بقطع النظر عن  
الشكل النفاسي الذي لا تتعرض له هنا

وأما ما يخص أسباب الالتهاب الرجمي الجوهري فله على ما قيل في  
أسباب الالتهاب الرجمي النزلي فان المؤثرات المرضية التي ذكرت هناك  
تحدث تارة التهابا في جوهر الرحم وتارة في غشائه المخاطي واكثر من ذلك  
حصولا كونهما تحدث الالتهاب فيهما معا وكذا يسهل احداثها للالتهاب  
الرجمي الجوهري متى أثرت على الرحم مدة كون هذا العضو في حالة احتقان  
فسيلوحي ولنذ كر اخيرا ان الالتهاب الرجمي الجوهري للرحم الخالي عن  
الجل نتيجة امتداد الالتهاب الرجمي النفاسي او بالقل كثيرا ما يتبدى هذا  
الالتهاب عقب الوضع أو السقط

**\* (الصفات التشريحية) \***

في أحوال الالتهاب الرجمي الجوهري الحاد يوجد الرحم متزايدا خصوصا  
في سمكه فقد يصل الى حجم بيضة الدجاجة أو يزيد وجوهره يظهر بسبب  
الامتلاء الوعائي دائما كثيرا أو قليلا وغالبا ذا لون أحمر غير مستو  
والتغيرات المذكورة تكون في الطبقات القرابية من الغشاء المخاطي  
اكثر وضوحا وأحيانا توجد انسكابات دموية متفاوتة العظم في جوهر الرحم  
وأما الغشاء المخاطي نفسه فيكاد يظهر دائما العلامات الخاصة بالالتهاب  
النزلي وكذا الطبقة المصلية لهذا العضو كثيرا ما تشترك في الالتهاب فتكون  
مغطاة بترامات ليفية وفي الالتهاب الرجمي الجوهري المزمن يتجاوز هذا  
العضو حجمه الطبيعي مرتين أو ثلاثة والقطر المستطيل لتجويفه يكون  
متزايدا وجدده قد يبلغ في السماكة قيراطا والاحتقان الوعائي الجوهري  
الذي يوجد في الابتداء يزول فيما بعد بسبب الضغط الواقع على الأوعية  
الشعرية من المنسوج الخلوي المنكش المتكون جديدا وحينئذ يظهر منسوج  
هذا العضو باهتا خافا يا بسا سمكا بدرجة عظيمة جدا غالبا بحيث يسمع عند  
شقه صرير وتوجد في بعض الاصفرات دوات ورديّة دواليبة وإذا كان الجزء  
المهبطي هو المصاب بكثرة فان شفة في فوهة الرحم تكونان منتفختين

ومدة مدتين تمددا عظيما أحيانا على هيئة الخرطوم والغشاء المخاطي  
يكون على الدوام مجلسا بالتغيرات التي ذكرناها في البحث السابق  
وأما الطبقة البريتونية فكثيرا ما توجد ملتصقة بالأعضاء المجاورة  
التصاقا متينا

\* (الاعراض والسير) \*

الالتهاب الرحمي الجوهري الحاد كثيرا ما يبدأ بنوبة قشعريرة كالتهاب  
الرحمى النزلي ويصطبغ مدة سيره باعراض جبهة مثله ولذا توجد في هذا  
المرض الآلام القطنية والاربية والاحساس بالثقل في الحوض وشدة  
حساسية القسم السفلي من البطن وتوسع البول والزحير كما يوجد أيضا  
في الالتهاب الرحمى النزلى لكنهما في شكل هذا الالتهاب تكاد تصل الى  
درجة عظيمة دائما ويندر أن يحس بالرحم في هذا المرض أعلى من الارتفاق  
العائى لكن بالجلس من المهبل يتحقق من عظم حجم هذا العضو وشدة  
حساسية جزئه السفلى وقصر جزئه المهبلى وتيبسه وينضم لهذه الاعراض  
اضطرابات عظيمة في الحيض فاذا ابتدأ المرض مدة سيلان الحيض وهو  
الغالب شوهد انقطاع الدم دفعة واحدة وأما اذا حصل الحيض مدة سير هذا  
المرض شوهد اما حصول نزيف رحمى (المعروف بالالتهاب الرحمى النزلى)  
أو شوهد وهو الغالب عدم حصول النزيف بالكلية وفي غير زمن الحيض  
يوجد السيلان الواصف للالتهاب الرحمى النزلى فانه يصاحب على الدوام  
الالتهاب الذى نحن بصدده وفي الاحوال الجيدة يقطع هذا المرض سيره في  
مدة اسبوع أو اسبوعين ويقتضى بالشفاء التام عقب الانحطاط التدريجى  
لظواهره المرضية وأما فى الاحوال التى ليست حميدة فينتقل فيها المرض  
من الحالة الحادة الى المزمنة وأما نتهماؤه فتكون خارجا عن الرحم ينفتح  
في تجويف البطن وحصول الموت فهو نادر جدا

وأما أعراض الالتهاب الرحمى الجوهري المزمن فانها لا تكون فى الغالب  
واضحة ما عدا زمن الحيض وتشكى المرضى يكون فى الغالب قاصرا على  
الاحساس بثقل فى الحوض وانضغاط نحو الاسفل وينتج من الضغط الواقع  
من الرحم المنتفخ على المستقيم والمثانة امساك غالبا وتطلب متكرر مؤلم

للتبرزوا لتبول وفي ابتداء هذا المرض يسيل الطمث بفزارة مدة طويلة  
 لكن متى حصل الضغط على أوعية الرحم بسبب المنسوج الخلو المتكون  
 جديداً تكابد المريضة مشاق شديدة في زمن الحيض ويتناقص الطمث شيئاً  
 فشيئاً وكثيراً ما ينقطع الحيض فيما بعد مدة أشهر بل سنين فالمرضى تكابد  
 آلاماً شديدة تتردد في أزمته منتظمة موافقة لزمن الحيض وهذا يدل على  
 استمرار نضج البويضات وانقضاءها وكذا في هذا الشكل من التهاب الرحم  
 الذي يكون مصحوباً بأعراض على الدوام بالالتهاب الرحمي المتزلي تضطرب  
 تغذية المريضة عادة اضطراباً عظيماً وتشاهد الثورات والاضطرابات  
 العصبية المذكورة في البحث السابق وبالبحث الطبيعى كثيراً ما يحس  
 بالرحم المنفرد على العانة من خلال الجدر البطنية وكذا بالجنس من المهبل  
 يحس بانتفاخ الجزء الرحمي المهبلي وتيبسه وفي قبوة المهبل يحس أيضاً بالجزء  
 السفلى من الرحم المتألم كثيراً أو قليلاً وإذا أدخل الممسح الرحمي في  
 تجويف الرحم وجد قطره المستطيل متزايد لكن فعلى هذا البحث ينبغي  
 اجراؤه مع غاية الاحتراس من طبيب ماهر وهذا المرض وان كان ليس  
 خطراً الا انه قد يستتبع عن العلاج ويزمن لكن لا ينبغي اعتباره عضالاً  
 أى غير قابل للشفاء مهما استطالت مدته ووصل لدوره الاخير فان ما يحصل  
 بعد الولادة من صغر الرحم وزوال منوجاته الجديدة التكوينية التي  
 تكون مدة الحمل يثبت ولا بدانه من الجائز أيضاً زوال الاليف الجديدة  
 التي تكون مدة هذا المرض تكون مرضياً فكثيراً ما برئت التهابات  
 من هذا القبيل سيما عقب الولادة وحينئذ يظهر أن زوال المنسوجات  
 الجديدة المرضية وضمورها يتم مع زوال وضمور المنسوجات الصحية الجديدة  
 التكوينية أيضاً

\* (المعالجة) \*

اتتمام ما تستدعيه المعالجة السببية بواسطة تبديد جميع المؤثرات السابق  
 ذكرها التي تحدث احتقاناً في الرحم أو تساعد على حصوله أمر ضرورى  
 لنجاح المعالجة فان تبديد جميع المنبهات لدورية بواسطة المشاق الجسمية  
 والمثروبات المنبهة والمطعمات العسرة المضم من الامور وكذا ينبغي

منع الشهوات التناسلية أو بالاكل تنقيتها وعلى المريضة استعمال الرياضة  
اللطيفة عند جود الاهوية بالحركات العنيفة بشرط ان لا تحدث حركات  
الى رياضة احساسا متعبا او الما وفي الحالة الاخيرة تفضل الراحة المستطيلة  
ولومع اعتدال الجو

وأما الالتهاب الرحيمي الجوهري الحاد أو ثوران الشمك المزمن ثورا عظيما  
فيستدعي الراحة التامة في الفراش مع الاستلقاء على الظهر مع رفع الحوض  
وعند وجود تزايد عظيم في حساسية البطن السفلى الدال على وجود  
مضاعفة برتونية يؤمر بإرسال العلق على البطن واستعمال الوضعيات  
الباردة وفي الاحوال الاعتيادية التي فيها يكون الالتهاب قاصرا على الرحم  
تستعمل الاستفرغات الدموية الموضعية على القسم المهبطي من الرحم  
لاجل اخداث استفرغ الاواسطى في العضو المتعب مالم تمنعه من ذلك حالة  
البكارة وارسال العلق الذي كان يستعمل بكثرة يفضل عليه الآن الاطباء  
المختصون بامراض النساء بشرط الجزء المهبطي من الرحم والتشريط  
الصغيرة في غشاء هذا الجزء المخاطي تفعل بواسطة آلة المعلم ما يروى  
عبارة عن مشرط صغير ذي حافة قاطعة مستديرة يدبطن بدهن هذه الآلة  
ذات الطرف الشبيه بطراف الريشة يستخدم لتشريط الغشاء المخاطي ويزغ  
الاجربة الممتلئة روجه افضلية مما ذكر عن العلق هو عدم التألم منه بالكلية  
تقريرا وان استفرغ كمية الدم به يكون بحسب الاقتضاء بان تفعل مشروط  
صغيرة أو غائرة سيما وان المعلم شرودر اعترض على ارسال العلق بكونه من  
تلك الحيوانات ينتج عنه تهيج يحصل توارد دموى نحو الجزء الذي صار  
حاليا عن الدم وتبعها لوصايا هذا الطبيب ينبغي اجراء استفرغ الدم بواسطة  
التشريط مرارا (بل وعند تناقل هذا المرض الدوري ينبغي اجراء التشريط  
كل ثلاثة أيام أو أربعة) وحينئذ فلا ينبغي الاستفرغ قليل من الدم جدا  
(فيكون بقدر نصف أوقية كل مرة وانما اذا كانت المريضة دموية المزاج  
وكان الرحم محتقنا جدا فلا مانع ان تكون كمية الدم أوقية) وقد حذر هذا  
الطبيب من استعمال ريش عنق الرحم بالماء البارد فار تهبج التبريد وان  
كان يعقبه تضايق وقتي في الاوعية الشعرية لانه يعقب بسرعة باسترخاء

فما ينتج عنه امتلاء دموى عظيم يمنع من ثمره الاستفراغ الدموى الموضعي ولا يمنع كل من الانيميا العامة ولا الحيض الغزير من استعمال هذا الاستفراغ بل ان هذا الاخير باستعماله يستفراغ الدم من الرحم قد يتناقض نناقصا عظيما والتأثير الجيد للتشريط تنضج ثمرته من تلطاف مكابدات المريضة ومن تناقض حجم الرحم وحساسيته وأما تراكم المواد السائلة في المهبل التي تهبج الرحم وتساعد على احتقانه فيمنبجى ازالتها بالمليينات اللطيفة كعصارة بعض الاثمار والمن وجرة وبينه ونحو ذلك

وفي انشاء دور انحطاط الالتهاب وتناقض تهبج التهاب الرحم توجه المعالجة نحو تنبيه الامتصاص في الرحم المتكاثف وابقاظة لاجل تنقيض حجمه ورجوعه لحالته الطبيعية وعلى حسب تزايد درجة حساسية الرحم أضعفها واحوال المريضة البنمية ينبغي انتخاب الطريقة العلاجية خفيفة كانت أو شديدة وأهم الطرق العلاجية في ذلك المعالجة بالاستحمام أو شرب المياه المعدنية وفي الغالب يستعملان معا فعند وجود ازدياد في الحساسية المرضية وفي النساء العصبيات الشديديات التنبية يفضل وضعيات بريستنس والحمامات الجلوسية الفاترة لان الحمامات العمومية الفاترة مع استعمال مياه ينابيع امس ونحوها وفي النساء اللاتي فيمن التهاب الرحم الجوهري يكون ضعيفا بدون تهبج الالتهاب يحتاج للمعالجة المنبهة لاسيما الحمامات القلوية وحمامات المياه الامية فانها اقوى الوسائط في تقوية الامتصاص لاسيما مياه كركر ينسناخ وكيسنجر ونحو ذلك وفي مثل هذه الاحوال يستعمل أيضا التشنج الباطني على الرحم لكن مع الاحتراس حتى لا ينتج عنه زيادة في التهبج وابقاظ التهاب جديد واما المعالجة بشرب المياه المعدنية فعند غير الانيميا من النساء تستعمل الينابيع المحتوية على اليود مثل كركر ينسناخ وما هلبز ونحو ذلك واما النساء الجيدات التغذية اللاتي اعترهن امهالك أو احتقانات احتباسية فينستعملن شرب مياه كيسنجر وجودسى أو مرمين باد أو نحو ذلك وعند النساء الانيميا الضعفاء تستعمل مياه الينابيع الحديدية كما فرانسباد وليبولدسو بل ومياه شورال باخ وبيرموندودربورغ من المياه الحديدية القوية وفي الاحوال

المستعصية جداً فديحدث استئصال الجزء المهبل من الرحم سيما ان كان  
متهدداً يابساً تناسقاً عظيماً في هذا العضو وقد اثبت برون ان هذا التناقص  
يعقب استحالة شخصية شبيهة بالاستحالة القاسية وأما ما يخص هذه العملية  
التي تفعل أحياناً بالنقص أو المشروط أو السكاوي الجلواني فهذا من خصوص  
كتب الجراحة أو كتب أمراض النساء

(المبحث الثالث في الالتهاب الرحمي الدائري)

تحصل الالتهابات في محيط الرحم بكثرة في أثناء النفاس وكذلك لا يندر  
حصولها خارجاً عن هذا الوقت فان كان منشأ الالتهاب من الطبقة المصلية  
المعمدة للرحم أو الاعضاء المتعلقة به وكان على شكل الالتهاب البريتوني  
الجزئي الحوضي سمي ذلك بالالتهاب الرحمي الدائري أو المحيط وأما ان كان  
محيط الالتهاب في النسيج الخلوي تحت البريتون الحوض حول الرحم أو  
الاجزاء العليا من المهبل أو بين الارتباطة العريضة فيسمى ذلك بفلغمون  
الرحم

والالتهاب الرحمي الدائري يؤدي لتكون نضج متفاوت على السطح السائب  
من البريتون وبواسطة هذا النضج القليل الكمية الكثير الليفية تنشأ  
التصاقات بين الرحم والاعضاء المجاورة وكذا النضج المائع الغزير يكون  
عادة محدود بواسطة التصاقات دائرية وبعد امتصاص النضج الالتهابي  
كثيراً ما يبقى التصاق بين أعضاء الحوض وأما في الالتهاب الرحمي الفلغموني  
فيحصل نضج في المنسوج الخلوي تحت البريتون يكون من الابتداء صلباً  
يابساً وقديماً هذا النضج لكن كثيراً ما يخالفه نضج المنسوج الخلوي  
وتنحني ندى تابعي وفي احوال اخرى قد ينتهي الالتهاب وينسكب مضملاً  
ام في المستقيم أو المهبل أو المثانة أو تجوف البطن

ثم ان كلامنا عن الالتهاب الرحمي الدائري والفلغموني اللذين يعسر تمييزهما  
عن بعض ما في أثناء الحياة يبتدى ويسير ظواهرهما محسوسة أو مدركة  
فتتشكى المريضة بالآلام في الجزء الغائر من الحوض يزداد بالكلية عند  
الضغط على الجزء الاسفل من البطن وينضم لذلك ظواهر انضغاط  
في الاعضاء الحوضية كالمثانة والمستقيم والاعصاب والصفائر المارة على

حدرا الحوض تبعاً لتجار بناوكل من وجود الزحير البولي الشديد وفقدته  
 أو عسر التبرز والالام على مسير الاعصاب العجزية أو القطنية أو الغذائية  
 وتشعرها يتعلق في كل حالة راهنة يجلس الورم والنضح الانتهاجي وعند  
 البحث الطبيعي يوجد في الاحوال التي يكون النضح فيها عظيماً اعلى من  
 الفرع المستعرض للعانة ورم متفاوت في الحجم والبحث من المهبل أو المستقيم  
 ينضح منه اندفاع الرحم الى الجهة المقابلة واختناقه اختنافاً عظيماً  
 والنضح داخل البريتون يملأ المسافة الدوجلاسية عادة ويسهل العثور  
 عليها والارتشاح اسفل البريتون والخراجات تكون عالية الوضع عادة ومع  
 ذلك فيمكن العثور عليها غالباً بالاصبع عند الجلس وهذا المرض يمكن أن  
 يتدجج اسابيع فيمهلك المرضى فهو كفة عظيمة بالحصى المصاحبة وانفتاح  
 الخراج اسفل البريتون أو النضح داخل البريتون في المهي أو المثانة يتصف  
 بصغر فجأ في الورم ونجروج واستفراغ مواد قيحية امامع البراز والبول  
 وأما انفتاحه في تجويف البطن فيتصف باعراض التهاب البريتوني  
 الثقيل جداً مع الانتهاء المحزن بل وفي الاحوال الجيدة السیرلات تعود المرضى  
 الى قواها الايبطة عظيم وفي كثير من المرضى الذين شاهدتهم استمرت  
 الالام العصبية جملة اشهر

\* (المعالجة) \*

يوصى في معالجة التهاب الرحم الحاد الدائري بالراحة التامة وارسال  
 العلق على القسم الاوربي والوضعية الجلدية على البطن السفلى والدلك  
 نارهم الزئبقي وايقاف الحركات الديدانية للمهي بواسطة الافيون كما ذكرناه  
 في التهاب البريتوني

وأما التهاب الرحم القلغموني فيوصى فيه كذلك بالراحة التامة  
 والاستفراغات الدموية الموضعية والضمادات الفاترة والمسهلات اللطيفة  
 مع استعمال الحقن المزيلة لتعفن الافرازات المرضي والطمث وفي الاحوال  
 المزمنة يحصل من استعمال الحمامات المحيية الفاترة مع اضافة كمية من  
 المياه الامية والاستعمال من الباطن ليودور البوتاسيوم او يودور الحديد  
 نجاح عظيم ومع هذا ينبغي ملاحظة حالة تغذية المريضة وتدريبها الغذائي

وفي الاحوال التي فيها توجد حمى شديدة ينبغي استعمال الجواهر المضادة  
لحمى كالكيمنين والديجيتالا وأما فتح الخراج فيحصل غالباً من ذاته ولا يفعل  
بالصناعة الا متى تفر كدم من عدم خطره

(المبحث الرابع في تضايق الرحم وانسداده)

(المعروف بالورم الدموي أو الورم المائي الرحمي)

الدرجات الحقيقية من تضايق فوهة الرحم كثير اما تشاهد عند البينات  
اشابات المتأخرات في نموهن وهذه التضايقات الحقيقية تكون عادة ما نعا  
للعروق لكنهم لا تمنعه بالكلية وزيادة عن ذلك فانها تعوق استفرغ السائل  
الطحي فيحدث تراكم في الرحم تراكمها وقتها واسـتفرغها منه زمناً فزمننا  
بواسطة الانقباضات المؤلمة جدا (المعبر عنها بالمنحصر الرحمي) فقد شاهدنا  
مرارا أن بعض النساء اللاتي كان يعترين منغص رحمي شديد في اثناء  
بكارتهن وفي السنين الاولى من الزواج كن يحضن بدون ألم ومشقة بعد اول  
وضع وكذلك يحصل بواسطة التقيوس العظيم للرحم وانحنائها الزاوي  
تضايق في تجويف الرحم في المحل المتقوس أو المنحني انحناء زاوياً فينتج  
عنه كذلك ضوابة في العروق وحصول منغص رحمي في اثناء الطمث وعين  
هذه النتيجة تحصل ايضاً من تولدات جديدة تضيق متسع تجويف هذا العضو  
وقناة عنقه

واما الانسداد التام للرحم فحصوله نادر وقد يكون خلقياً وورماً بما كان  
ناتجاً عن تسخبات أو قروح ادت عند التحامها لالتصاق في فوهة الرحم  
ومجلس الانسداد الخلقى الرحمي يكون عادة في الفوهة الظاهرة من الرحم  
واما العارضى فمجلسه الفوهة الباطنة من قناة عنقه ثم انه يتراكم خلف  
الجزء المنسد من الرحم دم الحيض مادامت المراهة تحيض فينتج عن ذلك ورم  
رحمي دموي وأما ان حصل الانسداد عقب اليأس وانقطاع الحيض فان  
افراز الغشاء المخاطي المصاب بحالة نزلية يتراكم خلف المحل المنسد فيتمدد  
تجويف الرحم ويكتسب الافراز حينئذ صفة المواد المصلية (وماذا ك  
الامن كون الغشاء المخاطي المتدرد اعظماً يفقد اجزائه المقرزة فيكتسب  
حينئذ صفة الاغشية المصلية) وهذه الحالة تسمى بالورم المائي الرحمي



## أوالاستسقاء الرحمي

ففي أحوال الورم الدموي الرحمي الذي يكون متعلقا في الغالب بانسداد  
 في المهبل لا في الرحم يمكن ان يصل الرحم بتمدد الى الحالة التي يكون  
 عليها في الاشهر الاخيرة من الحمل وكية الدم المسود القطراني المتجمع فيه  
 يمكن ان تكون من ثمانية ارطال الى عشرة وجر الرحم تبعاً لما شاهدت  
 اسكنسوني ووايت تكون مستترقة متى وصل التمدد لدرجة عظيمة في زمن  
 قصير وسيمكة ضخمة متى حصل ببطء واعراض الورم الدموي الرحمي عشرة  
 المعرفة في الابتداء وفي سن الطفولية يبقى ولا بد ان سداد كل من الرحم  
 والمهبل خفيا وفي اثناء كل فترة أربعة اسابيع يتردد المغص الرحمي مصحوبا  
 باحساس بضغط أو ثقل في الحوض مع علامات الاحتماء الشديد نحو باقي  
 اعضاء الحوض أو الالتهاب الرحمي الدائري وفي الابتداء تعود المرضى التي  
 اتضحت عندها تلك الاعراض بعض أيام الى حالتها الطبيعية الى ان يحصل  
 تردد فيها بعد أربعة اسابيع أخرا لكن فيما بعد لا تكون مصونة عن  
 المكابذات في اثناء الفترات فيزداد حجم البطن ويعلو الرحم على الارتفاق  
 العاني بحيث يمكن ان يصل الى السرة وتصل الآلام في النوب الشهرية الى  
 درجة عظيمة جدا فتتحف المرضى وتملك في حالتهن وكه أو انها تمهلك عقب  
 تمزق الرحم وحصول الالتهاب البريتوني ان لم يجمد الدم مسلكا لخروجه  
 وهذا المرض الاخير يحصل خصوصا اذا كان البوقان ممتلئين بالدم  
 وانسكبت محصلهما من الفوهة الوحشية في تجويف البطن ولا يمكن معرفة  
 الورم الدموي الرحمي مع التأكيده وتمييزه في الابتداء عن غيره من أشكال  
 فقد الطمث أو عسره الا بواسطة البحث الموضعي الدقيق فان توهم من ظهور  
 مغص الرحم الذي يتردد ترددا منتظما كل أربعة اسابيع وعدم خروج  
 الطمث مع ذلك ومن التمدد التدريجي الدوري للبطن حصول ورم رحمي  
 دموي وجب على الطبيب الشروع في البحث مع الاقدام وعدم التأخر في  
 ذلك فان كان سبب هذا الورم الرحمي انسداد المهبل ل شوهد هذا العضو  
 الاخير مستحيلا الى ورم متوتر طرفه السفلي واصبل الى الفتحة الفرجية  
 المهبلية واما ان كانت الفوهة الظاهرة من الرحم مسددة جدا الجزء

المهيجي لهذا العضو منعجبا ولا يمكن معرفه بمجرد فوعة الرحم ولا العثور بها  
 واما ان كانت الفوعة الباطنة لعنق الرحم منسدة جاز أن يكون الجزء المهيجي  
 من هذا العضو على طوله الطبيعي وزيادة عن ذلك يكون الرحم ممتددا على  
 هيئة ورم عظيم متوج في بعض الاحوال ومعالجته تاووم الدموى الرحمي  
 جراحية محضنة وهي عبارة عن فتح الكيس الدموى بين زمني الحيض  
 وراجع ذلك في كتب الجراحة أو في الكتب الخاصة بامراض النساء  
 حيث ان طريقة العملية تختلف باختلاف الاحوال وليست دائما خالية  
 عن الخطر

واما الورم المائى للرحم فن الواضح انه قد ينشأ عن انسداد عارضى وفي زمن  
 يكون قد انقطع فيه الحيض والدرجات الخفيفة من هذا المرض بكثير  
 مشاهدتها واما الدرجات العظيمة منه التي يصل فيها هذا العضو الى حجم  
 الرأس أو أزيد فتعدهم النوادر العظيمة والعرض الرئيس للورم المائى  
 الرحمي هو عظم الرحم الذي يحصل عادة تدريجا ويستمر أو يحصل في أحوال  
 نادرة بسرعة ويمكن معرفته بواسطة البحث الطبيعى بل وادراكه من  
 المرضى وان كانت جدر الرحم المتددة مستقرة أحسن بتوج واضح أحيانا وان  
 كانت واقعة في حالة ضمامة فقدت هذه العلامة المهمة في تمييز الورم المائى  
 للرحم عن جميع باقى أورامه تقر يبا ويحصل زمنافز منالاسيما في اثنائه  
 الاحتمان نحو لرحم مخص رحمى فان كان انسداده غير تام اندفع بواسطة  
 الانقباضات الرحمية السائل المتجمع زمنافز منابل وقد تندفع أحيانا طبقا  
 لمشاهدات اسكسوفى غازات تتكون في السائل ومعالجته الورم المائى للرحم  
 تشتمل على اخراج السائل بواسطة عملية جراحية اما بمساعدة المجس  
 لرحمى أو بواسطة توسيع عنق لرحم بواسطة الاسفنج المضغط وبالآلة  
 البازلة وتوزيع افراز الغشاء المخاطى بواسطة الحقن القابضة مثلا

### (المبحث الخامس في انحاء الرحم وتقوسه)

يطلق تقوس الرحم وانحاءه على التغيرات التي تخص شكل هذا العضو  
 لا تغيران وضعه وعادة يعنى بلفظ انحناء كل تقوس في محور الرحم سواء كان  
 هذا الانحناء على شكل قوس أو زاوية فان اريد تعيين درجة الانحناء ونوعه

بالدقة سمي الاول بالتقوسى والثانى بالزاوى فان كان تقوس الرحم بكيفية  
 يصير بها تغير التقوس جهة الامام وتحديه جهة الخلف سمي ذلك بالانحناء  
 المقدمى وان كان قاعه مقوسا جهة الخلف بحيث يقرب من الجدار الخافى  
 من الجزء المهبلى سمي ذلك بالانحناء الخافى ومن القليل الاهمية الانحناءات  
 الجانبيهة وقد اختلفت الآراء فى كيفية حصول انحناء الرحم فاغلب  
 المؤلفين يزعمون ان اسباب ذلك توجد فى نفس العضو المرىض ويرتكبون فى  
 ذلك الى التجارب المألومة من ان جدار الرحم فى محل التقوس يكون على  
 الدوام مستترا وجوهه هذا العضو فى هذا المحل مسترخيا رخوا واعتبر  
 ورجوف التغيرات التى تشاهد فى هذا المحل ظواهر ثانوية ناتجة عن الضغط  
 الذى يكابده جدار الرحم فى محل الانحناء وعن انيما جوهه الناتجة عن هذ  
 الضغط وذهب الى ان اغلب القوسات الرحمية سيما التقوس المقدم ناتجة عن  
 قصر خلقى او عارضى فى اربطة الرحم وعن تثبيت الرحم المتعلق بذلك عند  
 تمدد المشيمة والمستقيم ومن القريب للعقل ان اسباب التقوس ليست واحدة  
 على الدوام وانها توجد تارة فى الرحم تارة خارجا عنه

فاما الانحناء الخافى وهو الشكل الغالب عند النساء اللاتى تذكر روضهن  
 والنادر عند غيرهن فنشأه يكاد يكون على الدوام عقب الوضع او السقوط فانه  
 ان تاخر انقباض الرحم عقب طرد مقصلا يبقى ممددا رخوا سهل سقوط قاع  
 هذا العضو واندفاعه بواسطة الاحشاء البطنية وحيث ان معظم كتلة هذا  
 العضو تبقى فى جداره الخافى بعد الوضع فلا بد وان يسقط غالباً جهة الخلف  
 ولا يستغرب من مشاهدة اختلافات من هذه الخيثة فانه سهل حصولها  
 باختلاف اوضاع الرحم والاحشاء والمعنى الممتلئ الكائنة بجوار الرحم وغير  
 ذلك من المصادفات ومثل هذا السقوط يمكن زواله بالكلية فيعتمدل انحناء  
 الرحم متى انقبض بسرعة فان لم يسرع حصول ذلك صار جوهه فى المحل  
 المتقوس انيما ويا ويضمر بسبب الضغط المستمر عليه او ان قاعه يتثبت بواسطة  
 التصاقات جديدة تثبتا غير طبيعى وفى كلتا الحالتين يحصل تغير مستمر وهو  
 التقوس وذ كراسكسوفى ان الاسباب الغالبة فى انقباض الرحم البطيء  
 غير التام الذى هو السبب المهم فى التقوس الخافى هى المبادرة بالزواج

والجن المتمكرر والسقط والتوليد الصناعي

واما الانحناء المقدم فاغلب ما يشاهد عند اللاتي لم يرضن والظاهر ان  
السبب الغالب في هذا الانحناء عند الشباب هو استرخاء جوهر الرحم  
بواسطة الالتهاب النزلي وعند اللاتي يمس هو الضهور والشيخوخى للرحم  
في المحل الذي هو مجلس الانحناء آت على الدوام الموازى للفوهة الباطنة من  
الرحم وكون الانحناء المقدم هو الشكل الغالب من انحناء الرحم عند النساء  
اللاتي لم يرضن امر يوجه بسهولة متى علمنا ان الرحم في حالة البكارة يكون  
في حالة ميل وانحناء خميفين نحو الامام ويظهر لى بدون شك ان استرخاء  
جدار الرحم وضهور جوهره اللذين يشاهدان فيما بعد يتجهان في هذه الحالة  
عن الضغط والانبعاث ايضا

وزيادة عن هذه الانحناءات الناشئة عن تغيرات في جوهر الرحم توجد  
انحناءات اخرى تتعلق ولا بد بصر في الاربطة الرحمية وثبت ذلك بمشاهدة  
اورجوف التي وجدت منها انحناءات في هذا العضو بدون تغيرات جوهرية  
فيه كما وان انحناءات الرحم يمكن حصولها بواسطة اورام ليفية بجلسها اما  
الجدار المقدم او الخلفى من هذا العضو وبواسطة التصاقاته او بضغط  
بعض الاورام عليه وكما اقوى تثبت الجزء السفلى من الرحم بواسطة قبة  
مهبلية متوترة سهل تكون الانحناءات وفي الحالة المغايرة لذلك يمكن  
حصول تغيرات اوضاع الرحم بدلا عنها

**\* (الصفات التشريحية) \***

معرفة انحناء الرحم في الجملة سهلة لان المحل الاكثر ارتفاعا من الرحم  
لا يتكون من قاعه بل من جزء من جداره المقدم او الخلفى وبسهل عادة رفع  
قاع الرحم المنخفض لانه يسقط هناء تركه على محله الاصلى وفي بعض  
الاحوال تمنع التصاقات الطبقة البريتونية الرحمية بالاجزاء المجاورة لها  
من رفع قاع هذا العضو يكاد يوجد على الدوام بجوار تقوس الرحم تحول  
مقدم او خلفى وان نزع الرحم من الجملة وضبط من خزئه المهبلى ورفع الى  
أعلى سة قاعه اما الى الامام أو الخلف وان وضعه أفقيا استقام اتجاهه  
عند ما يوجه المحل المنحنى الى اعلى لانه ينحني فانما عند قلبه ومحل

القوس يوجد في جميع الاحوال بجوار فوهة الرحم فيكون هناك تارة انحناء خفيف أو انحناء ذوزاوية منفرجة او حادة وتكاد فوهة الرحم تكون على الدوام منفحة قليلا ولو عند الاقلم بعض من وذلك ينتج عن انجذاب الشفة المقدمة للرحم في احوال الانحناء الخفيف والشفة الخلفية في احوال الانحناء المقدمي واما فوهة الرحم الباطنة فتكون متضاربة اما بسبب نفس الانحناء أو اتساع الفم الغشاء المخاطي وعند النساء المتقدمات في السن يشاهد احيانا انسداد تام في فوهة الرحم الباطنة وتضيق الفوهة الباطنة من الرحم أو انسدادها يعقبه استسقاها حتى قليل أو عظيم والاضطراب الدوري في محل الانحناء يوجه بسهولة مضاعفات انحناء الرحم التي لا تكاد تفقد مطلقا بالتهابات نزلية في الرحم او قروح فوهته او التهابه الجوهري

\* (الاعراض والسير) \*

الاعراض الملازمة لانحناء الرحم تتعلق بعسر انقذاف متحصلة ولذا يشاهد عند النساء ذوات الحيض اعراض عسر طمث شديدة ودم الحيض الذي يصحب خروجه في مثل هذه الاحوال مغص رجمي شديد يكون مخنطاطا بجلط دموية منعقدة في باطن الرحم وكذا تشاهد عوارض المغص عندهن أيضا في غير زمن الحيض بسبب عسر خروج المواد المخاطية والمصلية وحجزها خلف الجزء المنحني من الرحم وينهم لذلك في كثير من الاحوال اعراض التقلبات الرحمية التي ذكرناها في الفصل السابق أعني السيلان الرجمي الابيض والتزيف الغزير مدة الطمث وعسر استفراغ المستقيم المعصوب بزحير ولم يولي وعلامات الانيميا واضطراب التغذية العامة وبالجملة يكون مصحوبا بالاضطرابات العصبية العامة التي ذكرناها تشاهد بكثرة في النساء المصابات بانحناء الرحم وقد لا توجد فيهن الاعراض التي سبق ذكرها او انها تزول بعد ان كانت موجودة ولو كان انحناء الرحم لم يزل باقيا ومن الاعراض الكثيرة الملازمة لانحناء الرحم وتقوساته عدم الحمل (اي العقر) لكنه ليس على الدوام وهذه الادلة تثبت لنا ان الاعراض التي ذكرناها لا تكون نتيجة انحناء الرحم بل تعد من نتائج التغيرات الرحمية الأخرى التي تضاعف هذا المرض على الدوام وفي الحقيقة كثرة مضاعفة هذا

المرض للتغيرات المذكورة عظيمة جدا بحيث يعد عدم وجودها فيه من الاستثناءات وهذا ناشئ من كون الاسباب التي تحدث انحناء الرحم وتقوسه تحدث ايضا التهابات رجمية مختلفة الشكل ومن جهة اخرى يكون ناشئا من كون الاضطرابات الدورانية في محل الانحناء تعقب باحتقار ونضح في جوهر الرحم وفي الغشاء المخاطي لهذا العضو ومدته سر انحناء الرحم وتقوساته طويلة جدا ومن النادر شفاه هذا المرض من ذاته شفاه تاما فان الانحناء الرجعي لا يمكن زواله الا متى تكون في المحل المنضغط الضام من جوهر الرحم جوهر جديدو بعد سن اليأس أى في السنين التي فيها يزول الاحتقار الفسيولوجي الدوري نحو الرحم يحصل ولا بد لتطيف في جميع الطواهر المرضية وكذا عند النساء المتقدمات في السن يحصل متى ضم الرحم وزال جزء من أوعيته تحسبن في الحالة العامة

وبالبحث الطبيعى يحس الاصبع عند الجس بتحول الجزء المهبلى من الرحم نحو الامام والخلف على حسب نوع الانحناء وكذا توجد قوهة الرحم ولو عند اللاتي لم يضعن منفحة انفتاحا عظيما بحيث يمكن ادخال طرف الاصبع بسهولة وكذا يحس بواسطة الاصبع أيضا قهيا يجسم الرحم وقاعه اما امام الجزء المهبلى للرحم او خلفه ويكون في قبهة المهبل اذ ذلكم كون الورم مستدير صلب سهل الحركة وفي الغالب يمكن العثور على محل الانحناء وان يكون الجزء المقابل لهذا الورم من قبهة المهبل مارغا بمنع من وقوع الخطاء واختلاط انحناء الرحم وتقوسه بعظم حجمه باى مرض واما ادخال المجس الرجعي فهو وان كان في الواقع يهين على حقيقة التخصيص الا ان هذه العملية عصرة جدا خصوصا في أحوال انحناء الرحم وتقوسه ولذا لا يفعل هذه العملية الا من كان ممارسا مع غاية الاحتراس ومع ذلك فهي آفة خطيرة ولومع من ذكر ولا تستعمل الا نادرا

\* (المعالجة) \*

في معالجة انحناءات الرحم لا يثمر التعديل الوقتى بل يتم الرحم المنحني بواسطة المجس فان شك كل الانحناء يصير كالطبيعى لهذا العضو بواسطة المؤثرات عليه زمنيا طويلا ولذا بعد ولوجه المعيب بعد تباعد المجس

حالا واما نجاح المعالجة بواسطة اجهزة التعديل والفرازج في باطن الرحم  
 ونحو ذلك فمختلف فيه رأى الاطباء المستغلين بامراض النساء فان بعضهم  
 يقول ان جميع هذه الآلات غير ناجح في شكل الاحوال بل خطر وبعضهم  
 يقول ان استعمالها ناجح وغير خطر في الاحوال التي فيها لا يوجد التهاب ولا  
 التصاق وعلى كل فنجربة بالمعالجة بهذه الآلات لا تجوز الا من يدب يدي مقرر  
 في هذا الفن وعلى العموم يندر شفاء الانحناءات الرحمية لكن لا يتكرر مع  
 ذلك ان الخفيف منها والحديث قد يشفي من ذاته متى زالت الاسباب  
 المحافظة له بمرعة مثل انجذاب الرحم الى الخلف بواسطة الالتهاب الرحمي  
 الدائري وازدياد ضغط عضلات البطن بواسطة السعال وضغط احد  
 الاورام وزيادته عن ذلك فقد يزول انحناء الرحم المدة بالمحل وفي الانحناء  
 الخلفي للرحم كثيرا ما تستعمل الفرازج المهبلي لاسيما الفرازج الراجع للعلم  
 هوج سواء البسيط او الزوج القوس فان هذا الفرازج وان لم يرفع الرحم  
 بحركة شبيهة بحركة الرافعة الا انه يحسن وضع هذا العضو بكيفية بحيث  
 ينقص مكابحات المربضة وذلك بكون الركاب والقوس الاعلى لهذا الفرازج  
 يحفظ قبوة المهبل الخلفية في توتر فينجذب عنق الرحم الى الخلف واما في  
 النفوس المقدمة للرحم فلا تثر الفرازج في تحسين وضع الرحم ولا تنقيس  
 مكابحات المرضى ومتى ظن ان الانيميا العامة وضعف التغذية واسهتراء  
 المنسوجات هو السبب المهم في نفوس الرحم وجب استعمال معالجة مقوية  
 بواسطة المركبات الحديدية والكبدية والحمامات الباردة والبحر الميتة وتحسين  
 التغذية العامة اذ باستعمال ذلك في ابتدا الامر يمكن منع تقدم هذا المرض  
 ولتعرّف بأنه يندرز الة انحناء الرحم المتقدم جدا لكان من الممكن احداث  
 راحة في حالة المرض بمقاومة المضاعفات بلا واسطة لاسيما الالتهاب الرحمي  
 المزمن الذي هو ينبوع هشاق المرضى ومكابحاتهم كما تقدم في مجتمه ولازاله  
 المنص الطمئي الشديد المثل الناتج عن حجز الدم خلف الجرز المنحني  
 المتضيق يستعمل بعض الاطباء المختصين بامراض النساء توسيع عنق  
 الرحم توسيعا ميكيا بواسطة المجسات أو الاسفنج المجهز بالضغط على  
 هيئة أفلام أو أقلام اللامبار بالكن طبقة الجوارب سمس يفضل توسيع عنق

الرحم بالشق عوض عما ذكر وذلك من حيثية الجراح ولما الخطر وفعل شق  
عنق الرحم بواسطة المترتوم أى الآلة القاطعة للرحم المستعملة بكثرة في  
وقتها هذا

(المبحث السادس في تغيرات اوضاع الرحم)

حيث كان الرحم عضوا سهلا الحركة فواضعه تتغير في اتجاهات مختلفة  
وأهم تغيرات وضعه هي ميله أو انقلابه نحو الامام والخلف وسقوطه  
فاما ميله المقدم فاكثرا يشاهد عند النساء ذوات الحوض المائل كثيرا  
الى الامام وكذا قد يحصل من تجمع سائل في تجويف البيريتون أو أورام أخر  
في البطن تضغط على هذا العضو من أعلى فتميله جهة الامام حيث ان هذا  
العضو له ميل عظيم لان يأخذ هذا الاتجاه وكثيرا ما يسقط الى الامام ايضا  
بثقله الخاص ولذا تكاد توجد دائما درجات خفيفة من الميل الماقدم للرحم  
عند وجود التهابات جوهرية أو تولدات جديدة في قاع الرحم ويتردى ان يصل  
الميل المقدم للرحم الى درجة عظيمة فان المثانة عند تمددها كل مرة تترده الى  
محلها الطبيعي ما لم توجد موانع لذلك ولذا تكون اعراض هذا المرض عادة  
غير واضحة وانما في الاحوال التي فيها يكون هذا العضو متزايدا في الحجم أو  
مصا بتغيرات مرضية أخرى أو حصل فيه اتساع مدة الحيض تنشأ ولا بد من  
انضغاط الاعضاء الجوارية وتوتر اربطة ودجلاس آلام قطنية شديدة وضغط  
في تجويف الحويض وتعرض في البول وزحيرة متكررة ومكابدات شديدة عند  
التبرز وفي مثل هذه الاحوال يوجد عند البحث من البساطن الجزء المهبل  
من الرحم متجه الى الخلف نحو التقه مير الجحزي وعند توجيهه الاصبع من  
الجزء المهبل الى الرحم الى الامام يحس بحجم الرحم وقاعه الذي يكون اذ ذلك  
موضوعا في الجزء المقدم من قبوة المهبل

واما الميل الخلفي فيتملق باحوال مماثلة للاحوال التي ينتج عنها الميل المقدم  
فان الضغط الواقع على هذا العضو من الامام الى الخلف والتصادفات  
سطحه الخلفي المتوتر ووجود تولدات مرضية جديدة في جداره الخلفي  
تحدث سقوط قاع هذا العضو في مسافة دو جلاس وصعود جزئه المهبل نحو  
الارتفاق العاني والميل الخلفي للرحم الذي يحصل عادة في اشهر الحمل  
الابتدائية ويظهر قائما بنفسه عقب الوضع حال امراض مهم جدا واما



الميل الخلفي الذي يحصل في غير زمن الحمل والنفاس فهو ظاهرة قليلة  
الاهمية تابعة لامراض اخر للرحم أو لبقية اعضاء الحوض ثم ان اعراض  
الميل أو الانقلاب الخلفي تشابه اعراض الانقلاب المقدم للرحم وتنتج ايضا  
عن الضغط الواقع على اعضاء الحوض سيما المشانة والمس تقويم من الرحم  
الموضوع ووضعها اتقيا

واما سقوط الرحم فيكون ناتجا بالخصوص من استرخاء في الجهاز الحافظ  
لهذا العضو في وضعه الطبيعي اعني أربطته والصفات الحوضية والمهبل  
ومتى أتراد ذلك ضغط شديد على الرحم من أعلى الى أسفل اندفع الى أسفل  
وانقلبت قبوة المهبل وسقط في المهبل الى أسفل فينشأ ما يسمى بسقوط الرحم  
ومتى خرج الرحم من الفرج سمى هذا المرض ببيروز الرحم أو خروجه وعلى  
حسب كون بروزه تاما أو غير تام يكون الخروج تاما أو غير تام ايضا وأكثر  
ما يحصل استرخاء جميع الجهاز المثبت للرحم في موضعه مدة النفاس  
واما الضغط الذي يدفع الرحم الى أسفل بكثرة فيكون آتيا من جهة  
العضلات البطنية العاصرة والنساء المعرضات للاصابة بسقوط الرحم  
أو خروجه بكثرة عن الفرج اللاتي ليس لهن مقدرة على صون أنفسهن بعد  
الوضع حال بل يشغلن بالاشغال الشاقة بعد الولادة بأيام قليلة فيضغط  
العضلات البطنية بسقوط الرحم الى أسفل أو يخرج وكان كل سقوط  
في الرحم لا بد وان يؤدي لانهتلاب المهبل فكذلك يحصل عكس ذلك  
بمعنى ان سقوط المهبل قد يكون سببا في سقوط الرحم وخروجه فحتى  
حصل الشقاق العظيم في الجحان مدة الوضع أو عقب مؤثرات أخرى سقط الجزء  
الأسفل من المهبل جذب الجزء العلوي منه الرحم وبذلك ينتج اما استطالة  
في الجزء المهبل من الرحم أو سقوطه ومن النادر جدا مشاهدة سقوط الرحم  
عند النساء اللاتي لم يلدن وحينئذ اما ان توجد أحوال مماثلة التي تحصل  
عقب الوضع أي استرخاء الجهاز الحافظ للرحم بأي سبب كان وان استرخاء  
المهبل يكون ناتجا عن تكرار السيلانات المهبلية أو عن افراط الجماع  
وان سقوط الرحم يكون ناتجا عن اضرار تقييلة في الحوض ضاغطة على  
الرحم من أعلى الى أسفل وهي حصل سقوط الرحم فجأة كما يشاهد ذلك

أحيانا عند رفع ائصال عظيمة او عند وجود سعال اوز حبر شديد فيحصل آلام  
 شديدة في البطن من توتر الأربطة الرحمية واضطرابات بنائية عمومية وانغماء  
 وغثيان ونحو ذلك واما اذا حصل سقوط الرحم أو خروجه بالتدريج فلا توجد  
 في الابتداء الامكادات قليلة وهي احساس غير واضح بثقل نحو الاسفل  
 وآلام توترية في البطن السفلى والقطن لكن كما ازداد سقوط الرحم  
 ازدادت المشاق المذكورة ايضا وتأخذ في الازدياد عند الوقوف أو المشي  
 او السعال وتتناقص عند اضطجاع المرضى والوضع الافقي وتصطبغ هذه  
 الاعراض بمكادات وآلام عند التبول والتغوط وامساك ومغص واعراض  
 آخر تتعلق بتغير وضع أعضاء البطن السفلى وضغطها وتوترها ومتى خرج  
 الرحم من فوهة الفرج كآون في الابتداء ورما مستدير أو بيضاو يا حجمة كحجم  
 الجوزة وهذا الورم يسكن سهل الارتداد وعماق قليل يزاد خروج الرحم  
 ويكون مهبوبا بالمهبل وحينئذ يعظم حجم الورم كثيرا ويعسر رده ويكون  
 يجيني الماس لكن عند الضغط عليه بشدة يحس فيه بحس صلب واذا انجذب  
 مع الجدار المقدم للمهبل فاع الرحم والجدار الخلفي من المشانة وخرجت من  
 فتحة الفرج وتكون ما يقال له بالقيالة المشانبة شوهة في الجزء المقدم من  
 الورم الساقط ورم متوتر أملس متوجح احيانا يعظم حجمه وينتاقص مرارا  
 مارة النهار بل ويمكن الوصول الى باطنه بواسطة قساطير مجرقة تدخل في  
 فوهة قناة مجرى البول واذا أدخل الاصبع في المستقيم شوهد انه منجذب  
 الى الامام شبه قاع كيس وفوهة الرحم تكون منفتحة لان جزء المهبل يكون  
 منقلبا الى الخارج وتكون مجرمة ومغطاة بمواد مخاطية لزجانية واما المهبل  
 الساقط فيكون جافا جلدي القوام ثخيناً ومغطى بطبقة بشرية وكثيرا  
 ما يحدث احتكاك الملابس وتتهيج البول تسطحا بل وتقرحات غائرة في الورم  
 المذكور

المعالجة سقوط الرحم وخروجه وان كان من النادر أن يهدد الحياة الا انه  
 يكون عيبا متعبا للغاية يندر شفاؤه شفاء تاما وفي الاحوال الحديثة يمكن  
 الاجتهاد بحفظ وضع المريضة مستقيمة على الظهر جملة أسابيع وتكرار  
 استعمال المثانة والمستقيم والحقن القابضة أو الباردة والتشلسل البارد

والاستعمال الباطني للجواهر المقوية في ارجاع قوة الانقباض الطبيعية  
 للنسوجات المسترخية أوفى منع ازدياد حجم هذا العضو الانتهابي طبقا  
 للقواعد العلاجية التي ذكرت في التهاب الرجي الجوهري المزمن لكن  
 العادة ان الصناعة الطبيعية تكفي باستعمال جهاز ساندل للرحم اذ بذلك  
 تتلطف مكابدات المرضى الناشئة عن تورأر بطة الرحم الساقط الى أسفل  
 ومنع ازدياد سقوط هذا العضو وهذه العناية يمكن ان التها بالتمام بواسطة  
 الفرازج المستديرة (وهي الحلاقات الصغية المرنة للعلم ميير) التي يكون  
 عظمها مناسباً بحيث انه عند ادخالها في المهبل لا تورأر او تورأر اذ لا تهبه  
 ولا تنزاق منه الى الخارج لكن متى كانت الفتحة المهبلية الفرجية ممتدة  
 مسترخية بحيث لا تحجز الفرازج المستديرة الاعتيادية يمكن استعمال  
 فرازج ذات قوائم تكون نقطة ارتكازها في الخارج على الجذع وشرح  
 تلك الاجهز والعمليات المختلفة التي بها يمكن شفاء سقوط الرحم شفاء  
 تاماً من خصوصيات الجراحة

### (المبحث السابع في التولدات المرضية الجديدة للرحم)

المشكل الكثير الحصول في الرحم من هذه التولدات هو الورم الليفي ويسميه  
 بعض اطباء بالورم الليفي العضلي فانه يحتوى على الياف خلوية وعضلية  
 معاً وهذه الاورام تتكون عند النساء بدون اسباب واضحة خصوصاً من سن  
 ٣٠ الى ٥٠ وعظمها اعدادها يختلفان اختلافاً عظيماً فمنها ما هو  
 صغير الحجم ومنها عظيمه جداً بحيث يبلغ وزنه عشرين رطلاً او ثلاثين وتارة  
 يوجد ورم واحد وتارة توجد اورام متعددة والغالب ان يكون شكلها  
 مستديراً لكن العظم منها يكون شكله غير منتظم حديبي وعند شقها  
 يظهر لون ابيض واحمر باهت به يعرف تركيبها الليفي واتجاه اليافها  
 الدائري المنتظم وغير المنتظم وقوام الاورام الليفية يكون عادة كقوام  
 العضل يف الليفية ويندر ان يكون رخو الياف وتحتوى في باطنها على  
 تجويف ممتلئ بمادة صلبة ومجلس هذه التولدات الجديدة يكاد ان يكون  
 على الدوام في قاع الرحم اوفى جسمه وتارة تكون هذه الاورام متولدة في  
 منسوج الرحم ومحاطة بطبقة من منسوج خلوي رخو وتارة اخرى تكون مشبهة

به بواسطة عنيق او بجمله عنيقات وفي الحالة الاولى تتميز على حسب كونها في  
 وسط جدر الرحم او قريبة من غشائه المصلى او المخاطى الى اورام ليفية خلالية  
 أو تحت غشاء مصلى أو تحت غشاء مخاطى وفي الحالة الثانية أى التي فيها  
 تكون الاورام الليفية مثبتة بباطن الرحم بعنيق او بجمله عنيقات تسمى  
 بالبولىبيوس اللينى وهذه الاورام الليفية قد تزيد احيانا وبقف نموها في  
 احوال اخرى وقد يلتصق المنسوج الخلقى المحيط بها واذا تكوّن صديفي هذه  
 الحالة الاخيرة تنفصل هذه الاورام وتنقذ وفي جميع هذه الاشكال  
 ما عدا الورم اللينى تحت الغشاء المصلى يحصل في جوهر الرحم ضخامة  
 وكثيرا ما تؤدي هذه الاورام أيضا الى تغير أوضاع الرحم وانحنائه

واعراض هذه التولدات تكون في الابتداء غير واضحة فان اضطرابات  
 الحيض وعلامات التهاب الرحمى النزلى المزمن كما تصحب تولدات الرحم  
 الليفية تصحب غيرها من امراض هذا العضو ولكن لا يصطحب بانزفة رجمية  
 مستمرة وآلام شديدة الا القليل منها كما يشاهد ذلك في الاورام الليفية  
 ولذا متى اشتكت المرأة تردد الحيض كل أربعة عشر يوما وانه كثير ما يستمر  
 هذه المدة وانما تفقد كمية عظيمة من الدم في كل مرة مصحوبا بآلام شديدة  
 شبيهة بآلام الطلق غلب على الظن ان هناك ورم ليفيا في الرحم وكما كان  
 التريف غزيرا غلب على الظن ان هناك بولىبيوسا عظيما في الرحم وكما  
 كانت الاكلام أكثر شدة غلب على الظن ان مجلس الورم اللينى منسوج  
 الرحم وينضم لهذه الاعراض ظواهر مرضية ناتجة عن انضغاط الاعضاء  
 المجاورة كتعسر البول والامساك والزحير وظهور الاورام الباسورية  
 والاذيميا في الاطراف السفلى والاحساس بألم او خدر فيها لكن الذى  
 يدلنا على حقيقة التشخيص هو البحث الطبيعى اذ به يمكن فى الغالب ( سيما  
 متى عظم حجم الاورام الليفية للرحم ) معرفة ازيد حجم هذا العضو وسما كنه  
 وعدم انتظام شكله وفي الاورام الليفية للرحم الكائنة تحت الغشاء المصلى  
 يحس اعلى العانة بورم صلب مستدير تابع لجميع حر كات الرحم واما في الاورام  
 الليفية التي تتكون هذا العضو وتبرز في باطنه فيكون شكله أقل  
 انتظاما مما تقدم والجزء المهبلى من الرحم ياخذ في القصر شيئا فشيئا

ثم يختمنى بالكافية بحيث يمكن عند البحث الدقيق الوقوع في الخطأ والظن  
 بوجود حمل وفيما بعد تنفتح فوهة الرحم فيدخل الاصبع ويحس بالورم  
 اللينى والذي يعسر علينا في مثل هذه الاحوال هو الحكم بان كان الورم مثبتا  
 بقاعدة متسعة او ذاعنيق لـكن كلما كان حصول قصر الجزء المهبلى من  
 الرحم بسرعة مع عظم الرحم عظما مناسبا وكان انفتاح فوهته بسرعة  
 ايضا اغلب على الظن ان هناك بوليبيوسا ذاعنيق ومعرفة ذلك من الامور  
 المهمة فان عاقبة هذا البولبيوس جيدة اذ في بعض الاحوال يمكن  
 استئصاله بالعمليات الجراحية واستئصال هذه الاورام من العمليات  
 الجراحية الجيدة العاقبة ذات النجاح الواضح فان هناك نساء يحصل  
 لهن نخافة عظيمة جدا من ازيد ايد فقد الدم بحيث يمكن على بأس عظيم  
 من الحياة ثم تعود لهن صحتهن بسرعة عقب هذه العملية في أشهر قليلة  
 \* تنبيهه \* حضرت لدينا امرأة من الوجوه البحرى بصبر طوية القامة  
 جدا نامية الاعضاء تامتها جيدة الصحة تكاد هذه المرأة من اعتدال قوامها  
 وانتظام جسمها ونحوه يضرب بها المثل فاول ما وقع بصري عليها اتضح لى  
 عدم التناسب بين مائة تنضيه هذا التركيب القويم ولونها المنتمتع المصفر  
 الباهت مع عدم استطاعتها للجلوس تقر بيسا المايه تريمها من الاعضاء  
 والدوار حينئذ وبالاستفهام عن حالتها اتضح لى غزارة التنزيف الرسمى  
 بحيث انه في ابتداء المرض الذى له نحو الستين بحسب اخبارها كان  
 يظن ان حيضها كثير التردد والغزارة لـكن فيما بعد ازداد تكرره  
 واشتدت غزارته حتى ادى الى ما ذكرناه من هيئتها وحيث قوى الظن  
 عندى بوجود ورم لينى فى الرحم شـرعت فى البحث عنها بالجلس والمنظار  
 طبقا للاصول الطبية ولرغبة احد اخواني اطباء وهو الذى ارسلها  
 الى لاجل تشخيصها ومعالجتها فـنـسـد ما ادخلت الاصبع فى المهبل عثرت  
 على ورم صلب كرى الشكل منتظمة حـفـين دفع الاصبع بينه وبين جدار  
 المهبل دفعا عيقا أحس بخافة فوهة الرحم واحاطتها فان الورم يبروزه  
 من باطن الرحم تمددت فوهته تمددا عظيما فكنت احس بجوارفها حول الجزء  
 الضيق من هذا الورم الشبيه بعنيق غليظ له وعند وضع المنظار وفتح شعبه

امكن مشاهدتي هذا الورم مشاهدة تامة والتأكد من انه تولد جديد بارز من  
 تجويف الرحم لكن لعظم حجمه وملئه لتجويف المهبل وفوهة الرحم ملتصبا  
 يكون تاما لم يمكن التأكد بالدقة ان كان أنيما من قاع الرحم أو من أحد جدران  
 أو باطن عنقه إلا أن عدم التماثل من تغير أوضاع هذا العضو قوى الظن  
 بأنه ناشئ أمام أحد جدران الخلقى أو المقدم بقرب فوهة عنيق الرحم  
 الباطنة أو من فتاة عنقه وعلى هذا صار تشخيص المر يسه بانها مصابة  
 بورم ليفي بوليبيوسى فى الرحم بالنسبة لصلابته العسرة وقوة وهيبته البيضاء  
 الوردية اللساعة وغزارة النزيف الآتى منه وكثرة تكرره وان هذه المر يسه  
 لا ينفعها سوى المعالجة الجراحية باستئصال الورم من محل تشبته  
 وكان المشروع فى ذلك فى أربعة اكتوبر سنة ١٨٧٦ والعمليّة التي  
 صار اجرائها فى هذه الحالة مع غاية النجاح هى عمليّة الاستئصال بواسطة  
 الهارسة السلسلية المعروفة بالآلة الهارسة للعلم شاستياك ولم يحصل فى  
 أثناء العمليّة ولا بعدها دنى عرض ولا نزيف عظيم سوى ان سلسلة الآلة  
 الهارسة قد انقطعت فى أثناء العمل بها واقتضى الحال باستعمالها بالآلة  
 اخرى واجراء العمليّة كان بالطريقة الاعتيادية المعلومة فى كتب  
 الجراحة اعنى يجذب الورم جذبا قويا بواسطة الجفت ذى الكلايب للعلم  
 موزونم حاطته بسلسلة الآلة الهارسة واجراء الهرس بها شيئا فشيئا واعتبرت  
 العمليّة بالنجاح التام حتى عادت المر يسه اتسام صحتها وقوتها كما كانت عليه  
 وبالبحث بالمنظار عن الرحم بعد اجراء هذه العمليّة بأسبوع تقرر بيمالم يظهر  
 فيه دنى تغير ولا تفرح وبالبحث عن منسوج الورم بالميكروسكوب بعد  
 استئصاله وجدت فيه الياف عضلية بكثرة بخلاف الليفية وحدها ثم تحققت  
 الورم انه كان ليفيا عضليا وهو المسمى باليوم اللينى الرحمى وكان وزنه نحو

رطلين

وأما باقى اشكال هذا الورم فتكون أكثر خطرا كما كان النزيف أكثر شدة فان  
 كثير من المرضى يموتون عقب هذا المرض فى حالة تمزق او استسقاء و بعضهم  
 يموتون من حصول الالتهاب الليفى بتوفى أو عقب اختناق بعض الاشياء  
 البطنية الناتجة عن ضغط الورم اللينى والحل الذى يحصل احيانا ولو مع وجود

هذا الورم والولادة والنفاس تكون محبوبة بالخطر لكن لا حاجة لاطالة الكلام على ذلك هنا

وأما البوليبوس المخاطي فنشأه من ووضغامة الغشاء المخاطي لهذا العضو وتارة يكون المنسوج الخلاوي هو المتسلطن في هذا البوليبوس وتارة يتسلطن فيه المنسوج الوعائي واخرى يكون ناتجا فقط عن تمدد في الاجزىة المخاطية وعلى حسب ذلك ينقسم هذا البوليبوس الى خلاوي ليفي وخواوي وعائي وحو بصلي والبوليبوس المخاطي ينشأ من زيده عن الجوزة وتارة يكون كرى الشكل واخرى كثر ياوذا عميق تخين ومجلمه عادة بقرب عنق الرحم ثم يظهر في فوهته ويبرز منها فيما بعد الى الخارج وهذا الشكل بانواعه ينتج عنه ايضا سيلانات رحيمة وانزفة غزيرة وفي الغالب يبقى يتبع هذه الظواهر غير واضح الى ان يتحقق بالبحث الطبيعى

المعالجة متى اراد الطبيب ارتكانا منه على بعض التجارب الجيدة الشروع في معالجة دوائية تيراد منها تحمل الاورام الليفية او بالاكل تصغير حجمها وانكماشها فلا بد وان يكون مشروعه هذا محموبا بقايل من العشم في النجاح فانه يظهر ان كلامنا من الاستعمال الباطني ليو دور البوتاسيوم او برومور البوتاسيوم الذى اوصى به سمن ابتداء وكورور الكاسيوم الذى اوصى به رجبى والزرنيج والفوسفور اللذين اوصى بهما حينئذ قليلا للتأثير والنجاح جدا واما استعمال الحمامات المحمية ولا سيما مياه كريدت زناخ ومتمسبير وينابيع آدل هيبت ونحوها من المياه المحتوية على اليود والبروم فلها تأثير مساعد في الامتصاص في بعض الاحوال بمعنى انها تحدث صغرا في حجم الررم وقد ذكر هلد برندان باستعمال الحقن تحت الجلد بالاجوتين بقصد مقاومة الانزفة الرحيمة التى تصاحب هذه الاورام لم يتحصل فقط على ايقاف الانزفة وزوالها بل كذلك على تصغير حجم هذه التولدات الجديدة وزوالها ومع ذلك فنجاح هذه الطريقة لم يعتبر من المثبوت الى وقتنا هذا ولومع وجود مشاهدات تعضد جودة الحقن تحت الجلد ثم ان بعض الاورام الليفية يجوز ان تنتهي بواسطة عملية جراحية فقد ازيلت أورام بوليبوسية ليست فقط تحت خلوية بل خلائية بواسطة النزع من المهبل ولو ان العملية

فيها ليست خالية عن الخطر بل وبعض هذه الاورام لسرعة نموه وتمديده  
 للحياة ساراستئصاله امامع الرحم أو على حدته والاورام الليفيية العضلية  
 تحت خاوية ذات العنقي هي التي يكون اجراء العملية فيها جديدا العاقبة  
 فتري انه بواسطة ازالة مثل هذه البوليبوسات بواسطة العملية الجراحية  
 القلبية الخطر ( كالحالة التي ذكرناها ) ان النساء اللاتي يكن  
 يهاكن من غزارة النزيف واسفراره يعدن الى الصحة التامة في قلبل من  
 الاشهر ويكتسبن هيئتهن الزاهية وكثيرا ما يكون الطيب في بعض احوال  
 من الاورام الليفيية العضلية للرحم مضطر الامتناع عن اجراء طريقة  
 علاجية شفاائية تامة وحينئذ فيجتهد في منع نمو الاورام وارتقاء الدمكبادات  
 الناتجة عنها بواسطة الايصاء بالمعيشة الجيدة مع الراحة بدون مشاق جسدية  
 وانفعالات نفسية والتخدير من تكرار الجماع وارسال العلق زمنافز منا  
 بكمية قليلة على الجزء المهبل على من الرحم وشراب بعض المياه المعدنية في  
 أثناء الصيف والاستحمام بها وأمامقاومة الانزفة المنهكة فنجعلها على  
 معالجة النزيف الرحمي

وأما سرطان الرحم فمشاهدته في الرحم أكثر من غيره من الاعضاء الباطنة  
 الأخرى وفي الغالب يكون هذا السرطان ذامسوج فخايم ويندر أن يكون  
 اسكبريا او هلاميا وابتداء الاستحالة السرطانية التي تحصل عادة على هيئة  
 ارتشاح منتشر يكون في الجزء المهبل من الرحم ابتداء ويندر ان يمتد الى  
 فاعده لكن في الغالب يمتد جهة الامام فيصيب المثانة ووجهة الخلف  
 فيصيب المستقيم بحيث ينشأ عن تقرح الرحم تمسكات عظيمة واستطرافات  
 جديدة بين الرحم والمثانة وبين الرحم والمستقيم وكثيرا ما تمتد الاستحالة  
 المرضية الى العقد الليمفاوية المجاورة والاعراض التي بها تعرف السرطانات  
 الرجمية هي الآلام القطنية في النصف السفلي والخاصة تيز وهذه الآلام  
 تكون في الابداء قليلة ثم تتزايد فيما بعد تزايد اعظيما جدا بحيث تلجج  
 المرضى لتعاطي مقدار عظيم من الافيون لاجل تسكين هذه الآلام ومنها  
 النزيف الرحمي الذي يحصل ابتداء مدة الحيض ثم يبقى مستمرا بعده زمننا  
 طويلا ومنها السيلانات الرجمية المهبلية المخاطية التي تصير فيما بعد مائعة



حريفة كريمة الرائحة جدا واذا بحث بالاصبع في ابتداء هذا المرض احس  
 بوزم غير منتظم حديبي صلب جدا في الجزء المهبلي من الرحم ثم فيما بعد  
 يحس بقرحه سرطانية مشرزمة قهية الشكل ذات حواف منقلبة سهلة  
 الادماء عند اللمس لكن غير حساسة ويحصل الموت في هذا المرض عقب  
 ظهور اعراض النهوكة العظيمة وكثيرا ماتت كون سد ذاتية في باطن  
 الاوردة الفخذية بل قد تحصل ثقبات في تجويف البطن أو عوارض معمة  
 أخرى تسرع في الهلاك

وأما التولدات الفطرية للرحم المعروفة بالتولدات الحليمية أو الشبيهة بزهر  
 القرنبيط فيسمى بها أورام حليمية تتكون على فوهة الرحم تنضج عادة  
 عند اسمرارها زمانا طويلا بالسرطان البشري وهذه الاورام الحليمية تنشأ عن  
 ضخامة عظيمة في حلمات الفوهة الرجسية فتظهر ابتداء على شكل أورام  
 حليمية أو درنية ثم فيما بعد أي عندما تنمو شرح هذه الحلمات بمخل منتشردى  
 فريعات تظهر هذه الاورام على هيئة تولدات شبيهة بزهر القرنبيط وكل من  
 الحلمات والحمل يتكون من لفائف وعائية ممددة مغطاة بطبقة بشرية  
 سميكة ولا تحتوي الاعلى قليل من المنسوج الخاوي ثم فيما بعد تظهر في قاعدة  
 هذه الاورام بين الطبقة العضلية والخاوية للجزء المهبلي للرحم كهوف صغيرة  
 أي تجاويف تتلقى بمادة السرطان البشري وتؤدي عند تقدم سيرها التفتكات  
 عظيمة ثم ان هذه الاورام الشبيهة بزهر القرنبيط التي تظهر بعد الموت أو  
 عقب استئصالها باهتة مبيضة تكون مدة الحياة ذات لون أحمر قاني وتدمى  
 بسهولة عظيمة وينفر زمنها سائل غزير شبيه بغسالة اللحم يكتسب رائحة  
 كريهة ثم ان هذه الاورام يسهل اشتباهاها بالسرطان بسبب هيئة تركيبتها  
 وباصطحابها بالام شديدة في القطن والخاصرتين وبسبب نهوكة المرضى  
 ووقوعها في حالة انيميا عقب الفقد العظيم للافرات المرضية والانزفة  
 وكثيرا ما يسمر هذا الاشتباه الى الممات الذي يطرأ عند أغلب المرضى عقب  
 حصول النهوكة التي تحصل في هذا المرض أيضا ولو أن ماتت أواخر زيادة  
 عماف السرطان ثم ان المبادزة باستئصال هذه الاورام قد تعقب في بعض  
 الاحوال بشفاء تام

المعالجة  $\left( \begin{array}{l} \text{معالجة السرطانات الرجمية المهم فيها هي العملية الجراحية} \\ \text{وفي الحقيقة ولو ثبت بالتجارب انه لا يتحصل على شفاء تام بها الا في احوال} \\ \text{استثنائية فهي التي يمكن بها فقط نجات المريض أو اقل ما هناك تحسب بين حالتين} \\ \text{وقتيما ومما يقاسف عليه كون الارشاح السرطاني وقت وصوله لمعلومية} \\ \text{الاطباء وما يلتزم له بالصناعة يكون قد امتد الى قبوة المهبل أو من العنق} \\ \text{الى أعلى بحيث لا يتيسر استئصال الجزء المهبلي الرجمي من جوهر هذا العضو} \\ \text{الذي لم يزل سليما ومع ذلك ففي مثل هذه الاحوال المشكوك فيهم التزل العملية} \\ \text{الجراحية هي الامل الوحيد لا متداد الحياة وهذه العملية تفعل بكل كيفية بها} \\ \text{يتأكد استئصال الجزء المهبلي من الرحم بواسطة المقص أو المشرط} \\ \text{(أو بواسطة المعلقة الحادة للعلم سيمون ان لم يمكن الوصول بسهولة الى الجزء} \\ \text{المريض) ثم يكوى سطح الجرح ولا بد كياقويا بواسطة الحديد المحمى أو} \\ \text{بمحلول ابرومورال الكولي كما أوصى به روت وغيره وذلك لمنع بقاء أجزاء} \\ \text{سرطانية مختفية وعدم نجاح العملية}$

وأما المعالجة العرضية فأهمها مقاومة الآلام بواسطة المراكبات الافيونية  
 اما بالحقن الصغيرة المضاف اليها قليل من خلاصة الافيون أو صبغته واما  
 بالحقن بالمورفين تحت الجلد وهو الاجود ولا جـل مضاربة السيلان الغزير  
 تستعمل الحقن المنظفة القابضة وان كان السيلان ذا خواص مسديدية  
 منتنة أضيف اليها نقط من حمض الكبر بوليك أو فوق مجسات البوتاسا أو  
 كلورورالجير والازفة المنهكة يصير مقاومتها بواسطة الحقن بالماء البارد  
 أو الجليد أو محلول فوق كلورور الحديد المنخفف وقد يقتضى الحال لوضع  
 كرات من القطن أو الاسفنج مبتلة بمحلول فوق كلورور الحديد غير المنخفف  
 وعند عدم النوم يجوز استعمال الكورال الادراتي

#### (المبحث الثامن في اضطرابات الحيض)

اضطرابات الحيض ليست في الحقيقة انواعا مرضية مخصوصة بل هي  
 اعراض لامراض الاعضاء التناسلية ولا مراض أخرى تحصل اضطرابات  
 عمومية في البنية ولذا كان شرح انقطاع الحيض وتعمره والتزيف الرجمي  
 لا يخص في الحقيقة كتب الباثولوجيا الخاصة والعلاج بل يخص كتب العلامات

والتشخيص لكن بسبب اهمية هذه الاضطرابات في الطب العملي التزمنا  
 ان نشرها هنا بالاختصار كما جرى عليه كثير من المؤلفين فنقول  
 منها تقدم حصول الحيض وهذا العارض قليل الحصول جدا ان عني به  
 التزيف الذي يحصل من اعضاء التناسل قبل تمام البلوغ ويكون متعلقا  
 بانه قد انحو ويصله جراف التامة النضج وحيث لم يوجد عندنا امر كاف  
 للتأكد ان كان هذا التعلق موجودا او غير موجود فعليه ان يتمسك بان  
 حصول هذا التزيف هل يتردد في اوقات منتظمة ام لا وهل هو محبوب  
 باضطراب عام في البنية وبآلام في القطن والظهر وغيرهما من الظواهر  
 التي تسكادان تصحب الحيض على الدوام ام لا وأما التزيف الذي يحصل  
 من اعضاء التناسل في مدة سير بعض الامراض الحادة سيما الامراض  
 التسممية الحادة وفي مدة سير بعض السكريات المزمنة والاحتمالات  
 الاحتمالية الوريدية وبعككون حصوله مرة واحدة او جملة من اربدون  
 النظام فليس له ادنى ارتباط بالحيض فاذا خرج تزيف من بنت يبلغ سنها  
 اثنتي عشر سنة الى اربعة عشر في البلاد الباردة ولم يصل سنهما من اربعة  
 عشر الى ست عشرة سنة اولم تسكن تامة النمو فبقا لحيث ان هذا التزيف  
 مرضي لكن ان كانت متكاملة واعضاؤها في غاية النمو فلا تكون هذه الحالة  
 حالة مرضية فان كثيرا من البنات اللاتي يكن في السن المذكور ولم يزل  
 يتوجهن للدارس ويلبسن ملابس قصيرة ومع ذلك يوجد الثديان ناميين  
 عندهن بالكيفية بمثل هؤلاء البنات يقال ان فوهن متقدم وليس معتريهن  
 اضطراب في الحيض بل ان تأخير الحيض عندهم مثل هؤلاء البنات لا ظهوره  
 ظهورا دوريا منتظما هو الذي يعتبر مرضيا لكن هناك احوال غير السابقة  
 لا يندران يشاهد فيها عند بنات لم يتم فوهن ومنهن من احدى عشرة الى اثني  
 عشرة سنة حصول تزيف من اعضاء التناسل يتردد بكيفية منتظمة  
 ومصوبة بالاضراض الخاصة لاحتقان اعضاء الحوض بحيث لا يشك في  
 مشل هذه الاحوال ان هناك فؤامة تقدم في حو يصلات جراف وحيض  
 متقدما مرضيا وقد دلت التجارب على ان مشل هؤلاء البنات يصين  
 في ما بعد بالخلو ووز المستهصي

ومنها تاخير انقطاع الحيض وذلك ان النساء ينقطع الحيض عندهن عادة  
من سن ٤٥ الى ٤٨ سنة و يندرجدا ان يتأخر انقطاعه عن هذا الزمن  
وان حصل ذلك ينبغي التأكد من أن هذا النزيف حبيص حقيقي او ناتج  
عن امراض أخرى أعضاء التناسل

ومنها انقطاع الحيض وذلك يطابق على الحالة المرضية التي فيها يفقد  
الحيض عند امرأة تجاوزت سن البلوغ ولم تصل الى سن اليأس ولم يكن  
عندها حمل ولا ارضاع وتأخير الحيض يعد نوعا من انقطاعه وكذا  
انقطاعه المتعمد يعد نوعا آخر منه فان كانت الشابة التي يبلغ سنها ١٦ أو  
١٨ سنة ذات جسم غير تام النمو كطفلة عمرها عشر سنين أو ١٣ سنة فلا  
تكون مصابة بتأخير الحيض أو فقدته كما ان البنات اللاتي سنهن اثني عشر سنة  
أو ثلاث عشرة سنة وتامت النمو اذا حصل عندهن الحيض لم يكن مصابات  
بتقدم حصوله ثم ان كلامنا من فقد الحيض وتأخيره وتقدم انقطاعه يكون في  
الغالب متعلقا باضطرابات عامة في البنية أكثر من تعلقه بامراض موضعية  
في أعضاء التناسل وعلى الخصوص الخلور وزوداء الخنازير والسل الرئوي  
هي التي تحدث تاخرا في الحيض او انقطاعه بالكليّة وايسر من السهل في مثل  
هذه الاحوال الحكم بان كانت البيضة لم يتم نضجها او بان كان النزيف  
الذي يصاحبه انقذا فهما هو المفقود لكن متى شوهد اعراض احتقان  
كثيرة الوضوح أو قلياتها نحو الاعضاء الحوضية وتردد بانتظام في كل  
أربع اسابيع وكانت هذه الاعراض مصحوبة بانتفاخ في الثديين وازدياد في  
الافراز المخاطي لاعضاء التناسل دل ذلك على ان النزيف هو المنقطع فقط  
والاحوال المخالفة لذلك تدل على ان نضج احدى الحويصلات الجرافية لم  
يتم بالكليّة وأما امراض الاعضاء التناسلية التي ينتج عنها انقطاع الحيض  
فيعتد منها الاستحالات المرضية للبيضين وهو نادرسيا اذا كان كل منهما  
مجالسا لتغيرات مرضية جوهرية عظيمة ومنها امراض الرحم المختلفة  
سببا النزلات المزمنة للرحم وخصوصا التهاباته الجوهرية المزمنة اذ في هذا  
المرض الاخير تنضغط الاوعية الرحمية بسبب ضور المنسوج الخلوي المحيط  
بها وانما كما شهوا حيانا يشاهد انقطاع الحيض عند شبابت ذات بنية وصحة

جسدتين وذلك لانه لم يحصل في أعضائهن التناسلية تقدم في النمو مثل  
توفاي اجزاء الجسم وبالجملة فقد ينتج انقطاع الحيض عن اضطراب عصبي  
عمومي والذي يؤيد ذلك أحوال شلل النصف السفلي التي فيها ينقطع الحيض  
بعد حصول هذا العارض حالا

وأما الانقطاع الفجائي للحيض فهو في الغالب عرض للالتهاب الرجي الحاد  
ويتعلق بنفس الاسباب المرضية التي ذكرناها عند شرح أسباب هذا  
المرض ويصطبغ باعراضه السابق ذكرها ويندران ينقطع الحيض فجأة  
عقب تناقص كمية الدم العمومي كما يشاهد ذلك عقب الفصد واحتقان  
تواردي شديد نحو عضو بعينه عن الرحم به يحصل تناقص الدم المحتوي  
عليه هذا العضو

وأما الحيض العوضي فيعني به الانزفة التي تحصل من بعض الاغشية المخاطية  
الآخر أو من جروح أو من أورام انتصائية مدة انقذاف احدى حويصلات  
جرافي ويكون حصولها بدلا عن دم الحيض المنقطع بالكافية او الذي يسيل  
بكمية قليلة جدا وهذه الظاهرة قد ثبتت بمشاهدات عديدة وفسر اسكتزوني  
حصول الحيض العوضي بالكيفية الآتية وهو أن النضج الدوري لاحدى  
البيضات ينتج عنه توران وعائي عمومي فتى كان هناك تغيرات جوهرية  
مهيسة للانزفة امكن ان يحصل تمزق وعائي من عضو غير متعلق بالاعضاء  
التناسلية والتزيف الحاصل بسبب قلة مقاومة المحل المتغير يؤثر بنفس  
الكيفية التي يؤثر فيها الفصد مدة الحيض بمعنى انه يقلل احتقان الغشاء  
المخاطي الرجي بحيث انه لا يحصل فيه تزيف بالكافية أو يحصل بكمية قليلة  
جدا

وينبغي في معالجة انقطاع الحيض الاهتمام باتمام الدلائل العلاجية  
المؤسسة على معرفة الاسباب بمعنى انه يلزم معالجة المرض الذي يكون  
انقطاع الحيض عرضا له ومع ذلك فهناك أحوال فيها يستمر انقطاع  
الحيض زمنًا طويلا ولو بعد زوال المرض الاصل وفي مثل هذه الاحوال  
التي ليست بكثيرة كما تمتعه العوام ينبغي الاهتمام بالتأكد ومعرفة كون  
التزيف الحيضي هو المقتود أو نضج البيضة هو الحاصل اذ لا فائدة في

استعمال الحمامات القديمة المهيجة ان كان الحاصل هو الامر الاخير  
 لا الطمث نفسه لكن اذا كان هناك علامات احتقان في الحوض  
 وانتفاخ في الثديين وزيادة افراز مخاطي في الاعضاء التناسلية والتهاب  
 انقاذ احدى الحويصلات الجرافية وكان الغشاء المخاطي الرجعي في حالة  
 احتقان ووجب الاجتهاد في ازدياد درجة هذا الاحتقان ووصوله الى درجة  
 التمزق الوعائي بحيث يحصل الحيض فانه ان حصل احتقان بدون سيلان  
 دموي نتج عن ذلك تغيرات في الغشاء المخاطي للرحم وجوهره بخلاف ما اذا  
 حصل التزيف فان هذا الخطر يمتنع وذلك يكون باستعمال الوسائط المدرة  
 للطمث وأهمها التشلشل بالماء الفاتر في الرحم وتشر يط فوهته وارسال  
 العلق عليها أو الحقن المهيجة في المهبل بواسطة جهاز التشلشل الرجعي ونحو  
 ذلك فاذا لم يمكن استعمال هذه الوسائط بسبب غشاء البكارة ووجب وضع  
 المحاجم على الجهة الانسية من الفخذين واستعمال الحمامات المهيجة  
 القديمة والجلوسية واما الجواهر المدرة للطمث التي تعطى من الباطن  
 فاجودها الصبر والجويدار والابهل لكن ينبغي استعمال هذه الوسائط  
 مع غاية الاحتراس ولا تستعمل متى وجدت ظواهر احتقان أو التهاب  
 في الاعضاء الحوضية

وأما غزارة الطمث أو التزيف الرجعي الذي هو عبارة عن غزارة في السيلان  
 الحيضي فعد ذلك نانا انه يكون عرضا لأمراض الحوضية المختلفة للرحم  
 وتولداته الجديدة وكذا قد يشاهد هذا التزيف بدون تغيرات عضوية  
 مدركة فيما اذا حصل عائق في رجوع الدم من الاوردة الرجعية كما يحصل  
 ذلك في مدة سير امراض القلب والرئة ونحو ذلك كما انه قد يشاهد ايضا في  
 أحوال الاحتقان التواردية للرحم الناتجة عن تهيج هذا العضو بواسطة  
 الافراط في الجماع بل وعن التهيجات النفسانية الشهوانية ويندران  
 فيكون غزارة الطمث أو التزيف الرجعي متعاقبا بالدياتيز التزيفي  
 ويكون ظاهرا من جهة طواهر الاسكريوط والقرقرة التزيفية والأمراض  
 التسممية الحادة كالجدري التزيفي والحصبية التزيفية والتميفوس  
 وفي الاحوال التي يكون فيها التزيف الرجعي ناتجا عن احتقان قاصر

أو تعد يكون هذا العارض مسبوقا بغير أعراض مشابهة التي تصاحب  
الحيض الطبيعي لكنها تجاوزها في الشدة وخروج التزيف يكون إما على حالة  
سائلة وإما ينقع ويخرج من المهبل على هيئة جلط غير منتظمة ويندرج  
ينعقد في باطن الرحم فينتج عن ذلك ما يسمى بالبوليبوس اللينفي كما يشاهد  
ذلك بكثرة عقب السقوط وهناك نساء ذوات مزاج دموي يجهلن فقد التزيف  
الدموي ولو بكمية عظيمة بدون أن يحصل عندهن ادنى ضرر لكن النساء  
اللاتي يكن في حالتهن ما يحصل لهن من هذا التزيف ارتقاء في ظواهر  
الانيميا

ومعالجة غزارة الطمث أو التزيف الرحمي ينبغي فيها الالتفات إلى معرفة  
المرض الأصلي ففي الأحوال التي يكون فيها هذا التزيف ناشئا عن التهاب  
رحمى من ينبت في إرسال العلاق مع التكرار على الجزء المهبل من الرحم  
أو تشريطه فإن هذه الطريقة ذات نجاح عظيم في مثل هذه الأحوال ومن  
المهم أن توصى المرضى متى كان الفقد الدموي عظيما ومهددا لقرتهم  
باجتناب المشاق الجسمية والعقلية بالاستمرار في الفراش مدة الحيض  
مع الراحة والهـدنة مع مـهـثـة عن استعمال الماء كل والمشارب المنبهة  
وتعطى لهن المشروبات المصنوعة من الحوامض المعدنية والنباتية ويندرج  
الاتجاه إلى استعمال الكمادات الباردة والحليدية أو الجواهر الموقفة  
للتزيف وذلك أنه إن ابتدأ التزيف الرحمي أن يؤثر تأثيرا مضعفا في البنية  
وجب إعطاء القوابض من الباطن كـسـدور الرتانيا والتنينين ومحلول فوق  
كلورور الحديد ونحو ذلك وأجود استعماله في ذلك الجرعة الآتية المركبة من  
خلاصة الجويدار المائي والتنينين من كل جرام واحد ومن الماء المقطر ١٥٠  
جراما ومن الشراب البسيط ٣ جراما ويعطى من هذه الجرعة ملء ملعقة  
أكل كل ساعتين أو ثلاثة لكن هنالك أحوال فيها يكون التزيف غزيرا جدا  
بحيث يقاوم جميع الوسائل التي ذكرناها ويهدد حياة المريض ففي مثل هذه  
الأحوال يلجأ لاستعمال معالجة قوية كالسد المهبل والحقن تحت الجلد  
محلول الجويدارين بل والحقن في باطن الرحم بواسطة محلول مركز من  
كلورور الحديد

واما عسر الحيض فيعني به نوع من اضطرابات الحيض فيه يحصل قبل خروج  
 النزيف وفي اثناء خروجه مكابدات شديدة وقد ذكرنا فيما تقدم ان عسر  
 الحيض عرض من جملة أعراض انحناءات الرحم وغيرهما من أمراض هذا  
 العضو لكنه كثير اما يشاهد ايضا بدون وجود تغيرات عضوية مسددة في  
 هذا العضو ويميز عسر الحيض شكلا من أحدهما العصبي والثاني الاحتقاني  
 فالاول يشاهد عند النساء المصابات بشوران مرضي في قابلية تنبيه المجموع  
 العصبي وفي مثل هذه الحالة الاضطرابات العقلية المحزنة التي توجد عند  
 أغلب النساء قبل حصول الحيض تصل الى درجة عظيمة جدا وكذا الآلام  
 البطنية والفطنية والفخذية تزداد ازيدا عظيمها جدا مدة الحيض وكثيرا  
 ما يمتد التنبيه العصبي من الاعصاب الحسية للرحم المر بوض الى اعصاب آخر  
 ومن ذلك تحصل آلام عصبية في أعضاء أخرى بعيدة بل اضطرابات تشنجية  
 ونحو ذلك وجميع هذه الاعراض توجد في الغالب مدة اليوم الاول من  
 الحيض ثم تزول في اليوم الثاني او الثالث زوا لا كليا وقد يحصل ذلك بكمية  
 منتظمة كل مرة بحيث ان بعض النساء يلجئ للكث في الفراش كل أول يوم  
 من الحيض وفي أحوال أخرى قد تستمر المكابدات التي تشاهد في الاحوال  
 المذكورة مدة الحيض بتمامها وليس من البعيد عن العقل ان الآلام في  
 الحالتين المذكورتين تنبع عن انقباض تشنجي في فوهة الرحم وعن انقباضات  
 شبيهة بالآلام الطلق فيه واما الشكل الثاني أي شكل عسر الحيض الاحتقاني  
 فيسبق حصول النزيف فيه أعراض احتقان شديد نحو أعضاء الحوض  
 واشتداد في قوة انقباض القلب واحتقان شديد في الرأس وحركة جبهة  
 عمومية وجميع هذه الاعراض يحصل فيها تلطيف عظيم متى حصل خروج  
 دم الحيض بكمية مغزيرة وذلك يتم عادة في اليوم الثاني أو الثالث وهذا  
 الشكل لا يوجد فقط عند النساء ذوات الامتلاء الدموي بل كثير ما يشاهد  
 أيضا عند النساء ذوات البنية الضعيفة الانميوية ومن العسر الحكيم هل  
 يكون في هذا الشكل احيانا عسر انفجار احدي حويصلات جراف  
 الكائنة في باطن المبيض او المغطاء بطبقة برونيتونية متكاثفة سببها في حفظ  
 احتقان الاعضاء الحوضية زمن اطول وبارتقاؤه الى درجة عظيمة وباشتداد



الاحتمقان في الرحم قد يحصل نضح بين الغشاء المخاطي وجوهر الرحم  
فيتم فصل الغشاء المخاطي على هيئة ندف صغيرة او عظيمة وتنذف الى  
الخارج

وعسر الحيض العصبي يلتمخ في معالجته لاستعمال المخدرات من الباطن أو  
على شكل حقن أو بالحقن تحت الجلد بالمورفين وذلك خلافا لماه الجلة المرض  
الاصلي واما في الشكل الاحتمقاني لعسر الحيض فيوصى بارسال العلق  
ويتدرقيه الالتجاء الى الفصد من الاوردة الذي كان يفعل سابقا بكثرة  
من أوردة القدمين

(تنبيه) قد استعمل بكثرة في العصر المتأخر مع النجاح توسيع  
عنق الرحم توسيعا ميكيا بواسطة مراد من الاسفنج المجهز او قطعه  
بالسلاج بواسطة الاكلة المسماة بقاطعة الرحم فيما اذا كان عسر  
الطمث ناتجا عن تضيق في هذا الجزء

### (المبحث التاسع في القيلة الدموية خلف الرحم)

القيلة الدموية خلف الرحم تنشأ عن انسكاب دموى يحصل في اثناء  
الطمث اما سائبا في تجويف البطن او في المنسوج الخلوي تحت الطبقة  
المصلية للحوض سيما بين وريقتي الاربطة العربية للرحم ففي الحالة الاولى  
يقرب للعقل ان حويصلة جراف المتزقة تكون مجلسا لتزيف غزير غير طبيعي  
بمحيط ينسكب الدم في تجويف البطن بلا واسطة وفي الحالة الثانية يظهر ان  
التزيف ينشأ عن تمزق في احد الاوعية الكائنة في المنسوج الخلوي تحت  
البريتون فكما ان الاحتمقان التواردي الشديد في الاعضاء الحوضية  
الذي يصاحب انقذاف احدى البيضات المنضجة يؤدي في الحالة الطبيعية  
احبا نالتزقات وعائية في الغشاء المخاطي الرحمي وانسكاب دموى في تجويفه  
فكذلك قد ينتج عنه بتأثير بعض الاسباب غير المعلومة لنا انسكاب دموى  
في المنسوج الخلوي تحت الغشاء المصلي للاعضاء التناسلية الباطنة

ومن منذ ما شغص المعلم بريت في حالة مرضية من الاحوال التي شاهدها  
في السنين الاخيرة القيلة الدموية خلف الرحم وتحتقلى هذا التشخيص

من الراحة التامة عقب خروج الدم بكمية عظيمة من المستقيم تاكد عندي  
ان هذا المرض ليس بشاذر كما زعم كثير من المؤلفين ولا اشك في ان معظم  
الاحوال التي كنت اشخصها عند النساء الحائضات بالتهاب بريثوني  
مبعض مع نضج متكيس كانت ناتجة عن انسكاب دموى في تجويف  
الحوض أو في المنسوج الخ لوى تحت الغشاء المصلي أعني عن قبيلة دموية  
خلف الرحم والاحوال التي شاهدتها كانت عند شباب معتبرين من  
مندسسين اضطراب الحيض اما على صفة المكابدات الطمئية الشديدة  
أو على صفة الفقد الدموى المستمر المستطيل والذي يظهر طبقا لمشاهدات  
هيرنان هذه القبيلة يكثر وجودها في مثل هؤلاء الشباب دون النساء اللاتي  
يحصن بدون مكابدات مع فقد قليل من الدم

\*(الاعراض والسبب)\*

أعراض هذه القبيلة هي عين اعراض الالتهاب البر يتوفى الناشئ من  
الاعضاء الحوضية ذوى السبر تحت الحاد والمنتشر في البر يتون كثيرا أو قليلا  
وقد يسبق الآلام البريتونية الشديدة التي ترتقى الى درجة غير مطاوعة بأقل  
ضغط احساس بضغط وتآلم في الجزء الفأخر من تجويف الحوض والحى  
المصاحبة لذلك تختلف شدتها ولا ترتقى الى درجة عظيمة جدا ومن النادر ان  
تبتدأ بنوبة قشعريرة واحدة شديدة بل الغالب ان تتكرر القشعريرة في  
اثناء سير هذا المرض عدة مرات والعرض الملازم هو تعسر البول وكثيرا  
ما يحدث بالكلية بحيث يلجأ الى استفراغ المئات بواسطة القسطير بجملة أيام  
متوالية وكذا التبرز يكون عسرا وكثيرا من المرضى من يشتمكي بغثيان وتوسع  
أو يعثر به في مستعص يحصل كما انما طت المريضة ولو قليلا من المشروبات  
والمطعمات فان شوهدت هذه الاعراض عند امرأة في اثناء الطمث أو  
عقب انقطاعه بقليل أمكن مع التقريب تشخيص القبيلة الدموية خلف  
الرحم والذي يقرب التأكد من ذلك هو البحث الموضعي فان تدمر فعل ضغط  
عميق على تجويف البطن في جزئه السفلي عثر الطبيب على ورم محدود أعلى  
المائة لا يكون عادة على الخط المتوسط بل مائلا لاحدى الجهات وعظم  
هذا الورم يختلف وكثيرا ما يمكن العثور بجواره في الخط المتوسط على قاع

الرحم المنذفع الى اعلى وبالبحث من المهبل يوجد الجزء المهبلي من الرحم  
مرتفعا الى اعلى ومتقاربا من العانة ويوجد في القبوة الخلفية من المهبل ورم  
منوز مرن املس يمكن التماسه عند البحث السطحي بقاع الرحم المنحني الى  
الخلف وهذا الورم يمكن تحديده من احدى الجهات زيادة عن الاخرى  
والعلامات الاكثر تشخيصا تستنتج من البحث من المستقيم اذ بذلك لا يخفى  
على الطبيب وجود ورم املس مرن بين المستقيم والرحم دافع لهذا العضو  
نحو العانة

وسير هذا المرض يختلف بحسب كون الانسكاب الدموي يتمص تدريجا  
أو يستفرغ من ذاته أو بالصناعة ففي الحالة الاولى يحصل انحطاط في الآلام  
بعد قليل من الايام لكنها لا تزول بالسكاية بل تستمر مع اختلاف شدتها  
جملة أساييسع حتى تزول بالسكاية مع تناقص في حجم الورم وفي الاحوال التي  
شاهدتها وجد التهاب رجي نزل شديد في اثناء هذا الزمن مع استفراغ افراز  
قيحي مختلط بالدم احيانا واما ان حصل ثقوب في المستقيم أو في المهبل أو  
استفرغ الدم بالصناعة من احد هذين العضوين فان كلاما من مكابدات  
المرضة والورم يزول دفعة واحدة ومن النادر ان يؤدي الانسكاب الدموي  
لتعيق في الاجزاء المحيطة به وتكون خراج

المعالجة - في معالجة القبولة الدموية خلف الرحم ينبغي ابتداء الاعتناء  
بمقاومة الالتهاب البريتوني المتعلق بالانسكاب الدموي حيث لم تكن  
عندنا واسايط معلومة بها يمكن احداث سرعة في امتصاص الدم المنسكب  
فارسال العلق مرة أو جملة مرار على حسب الاقتضاء وكذا استعمال  
الضمادات الفانزة غير الثقيلة على القسم الخشلي والانتفات الى استفراغ  
المثانة والمستقيم يكفي في احداث الانتهاء الجيد لهذا المرض في اسبوعين  
اواربعة وقد اوصى بعض المؤلفين لسرعة استفراغ الدم ببزل قبوة المهبل  
بالبارزة رفيعة لكن بهذه السكيفية يمكن احداث فساد في الدم الباقي  
وتقرح في الاجزاء المحيطة ان لم يلتفت جدا الى منع دخول الهواء  
(تنبيهه) يوصى في هذا المرض كذلك عند استمرار التزيف او ترده  
زيادة عن الراحة التامة باستعمال الوضعيات الجليدية على البطن اوفى

المهبل مع تعاطي محلول فوق كلورور الحديدا والحقن تحت الجلد بمحلول  
الارجوتين وعند وجود آلام شديدة يستعمل الحقن تحت الجلد بمحلول  
المورفين وعند طرواظر والتهابية تستعمل المعالجة اللائمة بالانتهاج  
البريتوني الجزئي بان تعطى المركبات الافيونية لاجل ايقاف الحركات  
المعوية الديدانية وعند تناقص الانتهاج يجتهد في ازالة الامساك بواسطة  
الحقن الملمنة ونحو ذلك ولا ينبغي بزل الورم الا عند وجود اعراض شديدة  
خطرة ولم يكن هناك أمل في امتصاص الدم مع ما سبق ذكره من  
الاحتباس من عدم دخول الهواء واما ان حصل تقبج فينبغي فمخ الورم  
يشق عريض واستفراغه استفراغا تاما وغسله بواسطة الحقن بسوائل  
مانعة للتعفن من المهبل

### (الفصل الثالث في أمراض المهبل)

لا تتكلم في هذا الفصل الاعلى التهاب هذا العضو وأما التغيرات الخلقية  
للمهبل والتولدات الجديدة المرضية فيه وغير ذلك من امراض هذا العضو  
فشرحها يجتصم بكتب الجراحة فلا تتعرض لها

### (المبحث الاول في التهاب المهبل التزلي الزهري)

#### (المعروف بالسيلان الزهري المهبل)

ما قيل في كيفية ظهور السيلان المجري الزهري عند الرجال واسبابه يقال  
هنا في السيلان المهبل الزهري عند النساء وهذا الالتهاب لا يمكن تمييزه  
تمييزا تشريحيًا عن التهاب التزلي الغير الزهري لهذا العضو وانما يترجمه  
بسيره ومنشأه ولا ينتج هذا المرض عن الافراط من الجماع واسبابه هيجية  
أخر وانما ينتج عن العدوى بالسم السيلاني الزهري

#### (الصفات التشريحية)\*

المجلس الاصلى للالتهاب السيلان الزهري عند النساء هو الغشاء المخاطي  
للفرج والمهبل ويندر أن يمتد هذا الالتهاب الى الغشاء المخاطي الرسمى ويكاد  
أن يمتد في جميع الاحوال الى الغشاء المخاطي المجري عند النساء ومعرفة  
ذلك مهمة جدا في تشخيص هذا المرض ويشاهد في الغشاء المخاطي ابتداء

جميع التغييرات الخاصة بالاتهابات النزلية الحادة الشديدة وفيما بعد التغييرات الخاصة بالاتهابات النزلية المزمنة والسيلان الذي يكون في ابتداء هذا المرض قليلا يصير عادة فيما بعد غزيرا فيجتاح رفا بحيث يتسلخ منه الفرج والجهة الانسية من الغنذين وليس له وصف نوعي بخلاف كونه حاملا للاصل المعدي

\* (الاعراض والسير) \*

الظواهر الابتدائية التي يتضح بها السيلان المهبلي الزهري هي الاحساس باكلان وحرارة متزايدة في الاجزاء التناسلية وسيلان مادة مخاطية قليلة منها وهذه الظواهر لا يعتنى بها في الابتداء عادة ثم بعد بعض ايام من ابتداء ظهور هذا المرض يحس بالآلام شديدة محرقة في الاعضاء التناسلية وانتفاخ في الشفرين العظيمين وحرقان عند التبول لكن يندران تصل هذه الظواهر الى درجة عظيمة جدا بحيث تعوق مشى المرضى والقعود وحركات الجسم والافراز الذي يكون في هذا الدور اصفر مخضرا متكاثفا قهييا كثيرا ما يخرج بكمية غزيرة من بين الشفرين ويوجد في نفس الفرج والاجزاء المحيطة به الى الاسمت تقرحات سطحية لا ينبغي اختلاطها بالتقرحات الزهرية الرخوة وعند الضغط على قناة مجرى البول يخرج من فوهتها على الدوام سائل قهي ثم بعد اسبوعين او ثلاثة اسابيع تتماقص الآلام ثم تزول بالكليّة والسيلان يفسد ايضا هيئته القهيّة لاسكن يستمر زهناطويا لاحتى انه يكتسب هيئته الافراز المخاطي ويفقد الخاصية المعدية

المعالجة المألوفة الموضوعية التي فضلناها عن المعالجة الباطنية في السيلان المجري عند الذكور هي الوحيدة المستعملة في السيلان المهبل عند النساء فاننا متي تأملنا الجملش السيلان الزهري عند النوعين سهل علينا معرفة منفعة تأثير بلسم الكوباي والكبابية الصيني عند الرجال دون النساء حيث ان العناصر المؤثرة لتلك الجواهر تخرج مع البول وفي ابتداء هذا المرض مادامت الاعراض النهائية والالام شديدة يوصى بالحمية واستعمال المسهلات والحمامات الباردة الجلوسية المستطيلة ويوضع في

أنتسائها المنظار المهبل إلى متى لم تمنع الآلام من ذلك ومتى زالت الأعراض  
 الالتهابية يوصى بامتثال الحقن من محلول نترات الفضة أو التنين أو  
 الأشب أو الزنك أو خلاص الرصاص والحقن المستعملة بكثرة مع النجاح التام  
 هي ما أوصى بها المهمل لم يكور وهي مركبة من خلات الرصاص المتبلور  
 ثمانية جرامات ومن الماء خمسة مائة جرام اعني ثلاثة دراهم على رطلين  
 وعوضا عن استعمال الحقن بهذا السائل ينبغي صبغ في منظار من الزجاج  
 الالتهادي بعد ادخاله في المهبل ثم يجذب بالتدريج بحيث يلامس هذا  
 السائل جميع اعضاء المهبل وفي الاحوال المستعصية يوصى بوضع سدادات  
 من النسالة مذكور عليها مع هوق الشب في المهبل او من الغشاء المخاطي  
 من هذا العضو بمحلول نترات الفضة أو بقلع من الحجر الجهني الصلب  
 ولزيادة الايضاح راجع معاملة السيلان المهبل البسيط في المبحث الآتي

(المبحث الثاني في التهاب المهبل إلى النزلي البسيط)

(المعروف بالسيلان المهبل البسيط أو الابيض)

\* كيفية الظهور والاسباب \*

كل من المعلم ~~ك~~ وليكر واسكنسوني الذي بحث عن افراز الغشاء  
 المخاطي المهبل في النسالة العصبية والمرضية بحثا جديدا وجد عند قليل من  
 النساء وبالخصوص عند من لم تلد. نهن ولم تجامع الاذليل افراز طبيعي  
 وكان هذا الافراز قليلا جدا حتى ان سطح الغشاء المخاطي يبقى في حالة  
 تنديبه وانزلاق منه وخواص هذا الافراز تكون على الدوام حمضية ولم  
 تحتو على عناصر متشكلة سوى قليل من الاخلية البشرية ثم قبل الحيض  
 بقليل وبعده يكون هذا الافراز غزيرا مستويا السيولة وذا خواص حمضية  
 على الدوام ومشتتلا في هذا الزمن على كمية عظيمة من اخلية بشرية ومختلطا  
 ولو بعد زوال الطمث بكمية عظيمة أو قليلة من كرات دموية مادام لونه محمرا  
 وأما في الاصابات النزلية فوجد كل منهما ان الافراز المتجمع في قاع المهبل اما  
 ذوصة مائعة كاللبن أو كشيء مصفر وكما كان هذا الافراز قليل الشفافية  
 مبيضا أو مصفرا كما كثرت فيه الاخلية البشرية والاخلية الجديدة (وهي

الجسيمات المخاطية أو القهفية) وكذا الحيوانات النعمية التي استكشفتها  
دوني وسماها بالتريكوموناس المهبلي وكذا أيضا بعض أخيطة فطرية  
وتجلية فاضح من ذلك ان كلا من المؤلفين السابقين لم يثر على وجود افراز  
مخاطي مهبلي صحى الا نادرا فيستنبط من ذلك ان الحسالة النزلية للغشاء  
المخاطي المهبلي اكثر الامراض انتشارا عند النساء واكثر الاسباب اتجا  
لهذا المرض هي التهيج اللاواسطي للمهبل عند الافراط من الجماع ومع ذلك  
فكثيرا ما ينتج هذا المرض عن اسباب آخر ذكرناها عند الكلام على  
اسباب الالتهاب الرحمي النزلي وما يتسك به ان الالتهاب النزلي المهبلي  
كالالتهاب الرحمي النزلي كثير اما يتعلق باضطرابات بنائية اكثر من تعلقه  
بتغيرات موضعية - ويستنتج من اعتبار الاسباب المهمة لهذا المرض ان  
النزلة المهبلية نادرة الحصول في سن الطفولية وهذا عين الواقع بقطع النظر  
عن الاحوال التي فيها يسبح الدود ذو الذنب الدقيق (أو الوناب) من المستقيم  
الى المهبل ويحدث فيه تهيجا شديدا

\* (الصفات التشريحية) \*

في الالتهاب النزلي الحاد يوجد الغشاء المخاطي المهبلي شديدا الاحمرار منتفخا  
مسترخيا وبشاهد فيه في كثير من الاحوال ارتفاعات عديدة صغيرة تنكسب  
سطحه هيئة حبيبية وليست هذه الارتفاعات عبارة عن تمدد في اجزى  
المخاطية كما كان يظن سابقا بل انها تنشأ عن انتفاخ الجسم الحلمي المخاطي  
وهذه التغيرات تكون نارة منتشرة في جميع سطح المهبل وتارة قاصرة على  
بعض اجزائه والافراز يكون في الابتداء قليلا لكن عما قليل يصير غزيرا  
عكرا كثيرا او قليلا

وفي الالتهاب النزلي المهبلي المزمن يظهر جدار المهبل مسترخيا ولون  
سطح الغشاء المخاطي يكون احمر ضارب لدرجة متفاوتة ونفس السطح يكون  
كثير التهيج وزيادة عما في الالتهاب النزلي الحاد والافراز يكون نارة لبنيا  
وتارة مصفرا كثيرا واسهتخاء الغشاء المخاطي كثيرا ما يؤدي للسقوط  
الاسمي لسقوط الجدار المقدم من المهبل

## \* (الاعراض والسير) \*

تشتكى المرضى كذلك في الانتهاب المهبلى النزلى الغير الزهرى متى كان حادا  
 بأكلان وآلام محرقه في الاعضاء التناسلية لکن حيث ان قنساء مجرى  
 البول تبقى مصونة عن الاصابة بهذا الانتهاب النزلى تفقد الآلام عند  
 التبول وعلى كل حال في كابدات المرضى لا تكاد تكون مطلقا شديدة  
 كما في الانتهاب المهبلى الزهرى وفي التهاب المهبل النزلى المزمع  
 يكون سيلان الافراز الغير الطبيعى أعنى السيلان الابيض المهبلى هو  
 العرض الوحيد لهذا المرض وكون هذا السيلان آتيا من المهبل أو من الرحم  
 لا يقطع به الا بعد البحث بالمنظار وكثير من النساء يتحمل فقد هذا السيلان  
 بدون أدنى ضرر وأخر يحصل لهن منه اعراض انيميا وتلون وسخ ترابى في  
 الوجه وضعف في القوى ونفاة

المعالجة - التزلات المهبلية كثير اما يكون ينبوعها احوال مرضية عومية  
 أو موضعية أخرى بحيث ان اتمام ما تستدعيه المعالجة السببية يكفى في كثير  
 من الاحوال في الشفاء التام على انفراد وولم ينع التكرار بر ارجع ما ذكرناه  
 في المعالجة السببية للانتهاب الرحمى النزلى - وأما المعالجة الموضعية  
 افبوصى فيها عندما يكون الانتهاب المهبلى حادا شديدا بتابع ما ذكرناه في  
 الانتهاب المهبلى الزهرى والمعالجة الموضعية للسيلات المهبلية المزمعة  
 تستدعى على الخصوص غسل الغشاء المخاطى المتراكم عليه الافراز المرضى  
 المهبلى بواسطة الحقن بالماء الاعتمادى أو ماء الرصاص أو بماء امس أو غيره  
 من المياه القلوية بواسطة محقنة ذات طلمبة وينبغى ان يكون السائل فاترا  
 ابتداء (اي في حرارة الدم) ثم تخفض درجة حرارته شيئا فشيئا بحسب  
 حساسة المريضة الى ان يصير باردا وكذا الحمامات الجلوسية الباردة (مع  
 استعمال المناظر المهبلية المثقبة ان امكن) لها منفعة عظيمة في هذا  
 المرض وفي الاحوال المستعصية لا تكفى هذه المعالجة البسيطة المنظمة بل  
 تحتاج الحال لاستعمال الحقن القابضة المتكررة كل يوم واكثرها  
 استعمال الحقن بمحلول التنين (خمس جرامات الى خمسة عشر على  
 رطل من الماء) وكذا الحقن بمحلول الشب أو كلورور الحديد او سلفات



الحارصين او النحاس وكذا بطبوخ قشر البلوط او الراتانيسا ونحو ذلك ومن  
 الجيد عند اسقرار هذا المرض زمن طوبى لاستعمال تلك الجواهر على  
 التعاقب وفي الاحوال المستعصية يوصى كذلك باستعمال سدادات  
 مستطيلة اسطوانية من القطن أو الاسفنج توضع مدة من الساعات او طول  
 الليل جملة ايام متوالية وتكون هذه السدادات مدهونة بمرهم الثنين او  
 الشب ( بقدر ٣ جرامات على ١٥ جراما الى ثلاثين جراما من الشحم او  
 الجليسرين) وقد يتصور للربضة تعلم وضع تلك السدادات الاسطوانية باليد  
 واخراجها بل وقد يستعمل الثنين استعمالا موضعيا على صفة الشيفاف  
 المهبلية (بان يؤخذ من الثنين ٢٥ جراما ومن زبدة السكاكاو ٣٠ جراما  
 ويعمل من ذلك شيفاف) وفي الاحوال المستعصية لا يبقى علينا الا السكى  
 السطحي للغشاء المخاطى المهبلى والجزء المهبلى من الرحم بواسطة قلم من الحجر  
 الجهنمى او هو الاجود صمها بفرشه مبهتلة بمحلوله المركز (جزء على ثلاثة  
 اوار بعة من الماء المقطر) فان المس يعم سطح الغشاء المخاطى ويكرر المس  
 بهذه الصفة كل ثمانية ايام اوار بعة عشر وفي المعالجة الموضعية اكل التهاب  
 مهبلى نزلى ينبغي التأكد من كون قناة عنق الرحم او تجو يفه مصابا بالام  
 حتى يصير التعميم فى المعالجة بالمس

\* المبحث الثالث فى الالتهاب المهبلى ذى الغشاء الكاذب والدفثيرى \*  
 التغيرات الانتهائية الغشائية والدفثيرية الكثيرة الحصول فى انشاء سير  
 الهيمات النفسانية نادرة الحصول فى غير هذه الحالة وتتعلق اما بمؤثرات  
 مضرة تؤثر تأثيرا موضعيا او بامرض بنية فكل من افراز السرطان  
 الرحمى المتقرح والبول الذى يسيل على الغشاء المخاطى المهبلى دائما فى  
 احوال الناصور المثانى المهبلى والقر زج المهبلى الموضوع وضه اغبر  
 لائق ويوليبوس الرحم الممتد فى المهبل يمكن ان يؤدى لالتهابات غشائية  
 اودفثيرية فى الغشاء المخاطى المهبلى كما يشاهد ذلك ايضا فى الادوار الاخيرة  
 من التيفوس والهيبضة والحصبية والجدرى مع التهابات غشائية اودفثيرية  
 فى اغشية مخاطية اخرى وغالبا تكون فقط بعض اجزاء الغشاء المخاطى  
 المهبلى مغطاة باغشية كاذبة او مستحيلة الى خشك يشبه دفثيرية و يظهر

الغشاء المخاطي في محيط تلك المحال أحمر داكنا و بعد انفصال  
 الحشك يشه بخلاف ذلك فقد جوهر غير منتظم يكون اما سطحيا أو غائرا نحو  
 الباطن والاعراض التي تعلن بحصول هذا المرض هي الآلام الشديدة  
 في الاجزاء التناسلية والسيلان الذي يحصل عما قبل من الايام ويكون  
 مدما غا بالباكر به الرائحة لكن بالبحث الموضعي يتأ كد من هذا المرض  
 وفي الاحوال التي فيها يكون سبب هذا الالتهاب الفرزج العظيم او المنقن  
 يكفي تبعيده واستعمال الحقن الغائرة ابتداء ثم الباردة القابضة وكذا  
 يزول هذا المرض بسهولة متى استؤصل بولي بوس الرحم الممدد للهبسل تمددا  
 عظيما واما الاحوال التي فيها يكون هذا المرض ناتجا عن سرطان متقرح او  
 ناصور مهبلي فية تنصرف فيها على استعمال معالجة مسكنة واما شكل هذا  
 المرض الذي يطرأ في اثناء سير الامراض التسممية فية كفي فيه حفظ  
 النظافة حيث انه يزوال المرض الاصلى يزول هذا المرض التمايبي عادة

\*

## في امراض المجموع العصبي

(الفصل الاول في امراض الدماغ)

(المبحث الاول في احتقان الدماغ وأغشيته)

(\* كيفية الظهور والاسباب \*)

طالما بقي الامر منبهـ ما من كون الاوعية الدموية السكاثنة في تجويف الدماغ توجد في الجثة تارة ممتلئة بالدم وتارة خالية عنه فقبل ان كمية الدم المحتوى عليها تتجوىف الججمة المتغلغق في كل شخص تام الفولاي يمكن ازديادها ولا تناقصها بل تكون دائما على حالة واحدة فلا يتصور حصول انيميا الدماغ او احتقانه الا اذا حصل تزايد في جوهره أو تناقص فيه أعني ضخامة أو ضمور كانت هذه النظريات من جهة مؤسسة على اعتبار ان الدماغ عضو غير قابل للانضغاط أو بالاقول ليس قابلا لذلك من الضغط الذي يعتبر به من متحصل الاوعية الدماغية ومن جهة أخرى على اعتبار ان هذا العضو منحصرفي جدر غير قابل للتدد فعلى ذلك لا يمكن ان يهرع الى تجويف الججمة كمية من الدم الا بقدر ما يستفرغ منه والعكس بالعكس وخطأ هذا الاعتبار بين فانه مبني على ان ما احتوت عليه الججمة هو السحايا الدماغية وجوهر الدماغ واوعيته الدموية ومحصلها فقط بدون اعتبار السائل الفقري الدماغى فان هذا السائل الذى هو عبارة عن مجرد ارتساح يمكن ان يتزايد او يتناقص بسرعة أو يندفع الى القناة الخاضعية التي هي ليست محاطة بجدر تامة الصلابة وفي الحقيقة يمكن بواسطة الصفات التشريحية التحقق من عدم التناسب دائما بين كمية الدم المحتوية عليها ووعية الدماغ وكمية السائل الفقري الدماغى بمعنى ان امتلاء اوعية الدماغ بالدم امتلاء عظيما يصعب تناقص في كمية السائل الفقري الدماغى السكاثن تحت العنكبوتية والعكس بالعكس بمعنى ان فراغ الاوعية الدماغية من الدم يصطعب بتزايد في السائل المذكور بحيث توجد هالات المنسوج الحلوى تحت العنكبوتية ممتلئة بكمية عظيمة من سائل مصلى وانما يمكن اذا كان الدماغ

في حالة ضمور أن يوجد دم مع امتلاء الأوعية الدموية أو ذيما في الدماغ  
 الدماغية ويكفي أقل تناقص في متسع تجويف الجمجمة كما ينشأ ذلك عن  
 انسكاب دموى أو ورم في الدماغ أو تجمع مادة مصلبة في الجيوب الدماغية  
 حتى يشاهد مع انقباض الدماغ جفاف في أغشيته وانحسار الميازيب بين  
 التواريخ الدماغية

ثم ان تقسيم احتقان الدماغ الى متعدى وقاصر أو الى تواردى واحتماسي  
 طبقا للتسمية المطردة مهم لامن حيثية سهولة الدراسة فقط بل من حيثية  
 الطب العملي أيضا فان كلا من اعراض هذين الشكلين يميز عن الآخر  
 فالاحتقان التواردى للدماغ ينشأ عن أسباب منها ازدياد فعل القلب وهو  
 وان نتج عنه ازدياد في امتلاء الشرايين لا بدوان ينتج عنه تناقص في امتلاء  
 الاوردة أيضا بحيث ان كمية الدم المحتوية عليها أوعية الدماغ ولفائفه لا تزداد  
 بازدياد فعل القلب لكن ازدياد الضغط الباطني في الشرايين يؤدي لازدياد  
 في امتلاء الأوعية الشعرية وبهذا الأخير يتعاقب بقاء وظائف الدماغ  
 وتغذيته على الحالة الطبيعية وعدمه لا بكمية الدم المحتوية عليها الجذوع  
 الشريانية الدماغية وهذا الشكل من احتقان الدماغ يحصل وقتيا من ازدياد  
 فعل القلب السليم وشدة انقباضه كما يشاهد ذلك في الاحوال الجميسة  
 والتنهات الجسمية والعقلية العظيمة ويكون اعتمادا عند ازدياد فعل  
 القلب الضخم وانقباضه لكن لا يحصل هذا الا متى كانت ضخامة القلب  
 مرضا قائما بنفسه وانضمت لعابق دورى وصارت عظيمة جدا زيادة عن  
 مكافأتهما لهذا العابق والضخامة البسيطة غير التضخمة لا تحصل بكثرة  
 ولا تسكاد تشاهد الا عند الشمر هير في الاكل والمشغولين دائما بشغل  
 جسمية شاقة واما التضخامة القلبية العظيمة جدا الزائدة عن مكافأة  
 العابق الدورى المنتهية اليه فكثيرة المشاهدة ومن هذا القبيل التضخامة  
 العظيمة للبطين الايمن عند عدم كفاية غلق الصمامات الأورطية والتضخامة  
 القلبية التي تصير احيانا عظيمة جدا المساحبة لداهر يكث ومنه ان  
 الاحتقان الدماغى التواردى ينشأ من تناقص في قوة مقاومة الأوعية  
 الآتية بالدم الى الدماغ سواء كان التناقص وراثيا او عرضيا ويقال على

العموم في الاشخاص ذوى الشرايين الدماغية القليلة المقاومة الرقيقة  
 الجدر بحيث يكون تحملها لضغط الدم المتزايد اقل من شرايين باقى اجزاء  
 الجسم والذين يحصل عندهم احتقان دماغى تواردى شديد كلما ازداد فعل  
 القلب ولو قليلا لانهم مستعدون للاحتقانات الدماغية بكثرة ومنها ان  
 الاحتقانات الدماغية تحصل بكثرة من اذ ياد الضغط الباطنى في الشرايين  
 السباتية عقب عوق استفرغ دم الاورطى في الجذوع الاخرى الخارجة منه  
 ووضح مثل ذلك الاحتقان الدماغى التفرغى التواردى الجانبى الذى ينشأ  
 عن تضيق الاورطى وانسداده في محل انفتاح القناة الشريانية لربوتال  
 وكثيرا ما يحصل هذا الاحتقان عقب انضغاط الابهر البطنى وتفرغاته من  
 الاحشاء البطنية المتعددة او من وجود تجمع مصلى او انسكاب التهابى  
 في تجويف البطن وعوق الدورة في سطح الجلد مسدة دورة الشعيرة  
 في الحيمات المنقطعة وتاثير البرد الشديد في سطح الجلد يؤدي الى حصول  
 الاحتقانات الدماغية التواردية التفرغية الجانبية وذكر المعلم وستون  
 ان كثير من الاشخاص ارباب الاشغال الشاقة يحسبهم العسس سكارى  
 في التيمالى الباردة فيقبض عليهم في الطرق وليسوا كذلك بل مصابون  
 باحتقانات دماغية من تاثير البرد واضطراب الدورة الجلدية الناتج عنه  
 وما يقرب للعقل ان المجهودات العضلية الشديدة ينتج عنها ازدياد في امتلاء  
 الشرايين السباتية واحتقانات دماغية تواردية تابعة بسبب ضغط  
 العضلات المقبضة على الاوعية الشعيرية وعوق الدورة في الاطراف ومنها  
 ان الاحتقان المذكور ينشأ عن شلل الاعصاب الوعائية في جدران وعية  
 الدماغ فان التجارب النفسية ولوجية دلث على ان قطع الجزء العنقى من  
 العظيم الحجابى يوقى عنه تمدد في اوعية نصف الرأس المسامت له ويظهر ان  
 للمعاطى المشروبات الروحية او بعض السموم وكذا الانفعالات النفسية  
 والافراط من الاشتغالات العقلية تاثيرا مما لا يماذ كفي اوعية الدماغ فانها  
 تحدث تنوعا في تاثير العصبى الواقع على جدران الاوعية الشعيرية فتزيد  
 في اتساعها وبذلك يزداد توارد الدم الى الدماغ وبه توجه الظاهرة النادرة  
 الحصول وهي موت بعض الاشخاص فجأة من شدة الحزن والفرح مثلا

وبالجملة فينشأ الاحتقان الدماغى التواردى من ظهور هذا العضو وسبب ضيق  
 في ماسياتى ان نوع هذا الاحتقان هو السبب في كثير من النزقات الوعائية  
 الدماغية وفي أغلب نكسات السكتات الدماغية ومن الجائز ان الضور  
 الحاد في الدماغ الذى يحصل مدة النقاهاة من الامراض الثقيلة المستطيلة  
 والتعدد الوعائى التسابى هما السبب في حصول الاحتقانات التواردية  
 في الدماغ

وأما الاحتقانات الدماغية الاحتماسية فتنشأ عن عدة أمور منها انضغاط  
 الاوردة الودجية والاجوفية العليا وأوضح شكل لهذا الاحتقان هو ما ينشأ  
 عن احتباس الدم في الدماغ عقب الخنق وزيادة عن ذلك فقد تنضغط  
 الاوردة الودجية بواسطة الاورام الدرقية العظيمة أو العقد الليمفاوية  
 المنتفخة كما ان الوريد الاجوف العلوى قد ينضغط بواسطة انيرزم الاورطى  
 ومنها حصول الاحتقانات الدماغية الاحتماسية بواسطة مجهودات الزفير  
 الشاق جدا عند تضيق المزمار كما يحصل ذلك من السعال الشديد  
 أو الزحير العنيف أو النفخ في الآلات الموسيقية فانه بهذه المجهودات  
 يحصل عوق في استفراغ الدم في الصدر كما سبق ذكره مرارا فلا يرد  
 في الدورة الصغرى الا قليل من الدم فتتملى اوعية الدورة العظمى  
 وفي مثل هذه الاحوال يحصل احتقان عظيم جدا في الدماغ زيادة عن باقى  
 الاعضاء الحشوية للدورة الكبرى كالسكب والطحال والكليتين فان عوق  
 استفراغ الدم في الفمحة العليا من الصدر يكون اعظم من استفراغه  
 من الفمحة السفلى وزيادة عن ذلك فان الاعضاء الغدية البطنية يعتبرها  
 نفس الضغط الواقع من انقباض العضلات البطنية الذى يعترى اوردة  
 الصدر والقلب ومنها حصول هذه الاحتقانات من جميع آفات القلب  
 التى ينتج عنها تناقص في فعله وقوته ان لم تصحب بتغيرات مرضية ذات  
 فعل مضاد أو معادل لها ففي أحوال عيوب مهمات التواء يفسرى  
 من القلب غير المتعادل وان لم تزد كمية الدم المحتوية عليها اوعية الدماغ  
 وأغشيته لانه مع ازدياد امتلاء الاوردة تكون الشرايين قليلة الامتلاء  
 لا بد أن يعوق امتلاء الاوردة استفراغ الدم من الاوعية الشعرية وبذلك

يحصل الاحتقان الشعري وهذا هو المهم كما ذكرنا وأشد الاحتقانات  
 الدماغية في الدرجة ما ينشأ عن عيوب صمامات التجاويرف اليمنى من القلب  
 اذ في مثل هذه الاحوال لا يحصل فقط مجرد هوق في استفرغ الدم الوريدي  
 من الدماغ بل ان كمية الدم المحتوى عليهم بالتجويف الجمجمة يتزايد جميعها  
 ومن ان حصول هذه الاحتقانات لا يندرج من انضغاط الاوعية الرئوية أو  
 فلاشيم او في مثل هذه الاحوال الاخيرة التي تحصل عقب الانقزيم الرئوية  
 وسير وزرئو والانسكابات البلورية العظيمة بكون احتقان الدماغ  
 مصاحبا لاحتقان غيره من الاعضاء الحشوية ومتعلقا مثله بامتلاء  
 اوعية الدورة العظمى وفراغ الدورة الصغرى

وبالجملة فلنذكر شيئا آخر من الاحتقانات الدماغية التي ليست صفاتها  
 كباقي صفات الاحتقانات النواردية والاحتباسية ومعرفه هذا الشكل  
 مهمة في الطب العملي وذلك لتجنب حصولها فحين يوجد عندهم تغير مرضي  
 في الاوعية الدموية ومستمعدون للسكنة الدماغية اعني شكل الاحتقان  
 الذي هو ظاهرة من ظواهر الامتلاء الدموي العام الوقتي الحاصل من  
 الافراط في المطاعم والمشارب

### \* (الصفات التشريحية)\*

من العمر غالباً عند فعل الصفات التشريحية معرفة كون السهايا أو الدماغ  
 وهي أشد عسرا هل كانت ممتلئة بالدم مدة الحياة زيادة عن الحالة الطبيعية  
 أم لا فكثيرا ما يوجد في قوائم الصفات التشريحية خطأ بين من هذا القبيل  
 فان الاطباء غير المتدربين على الصفات التشريحية الذين لا يعتبرون الاوعية  
 الممتلئة الموجودة في الاصفار المتحدرة من الدماغ بدون اعتبار سطيم هذا  
 العضو بتمامه يظنون في شكل صفة تشريحية ان الدماغ وأغشيته في حالة  
 احتقان كما انه لا يبعد الوقوع في خطأ آخر ولانه ينسدر فعل صفات  
 تشريحية من الاطباء في جملة بعض الاشخاص الذين لم تتناقص منهم كمية الدم  
 وتلاشي بواسطة الامراض الجمية المستطيلة ولذلك يعتبرون ان كمية الدم  
 الطبيعية الموجودة في الدماغ عند الموت الفجائي في بعض السليمين مرضية  
 لا طبيعية وان احتقان الدماغ هو السبب في الموت وكما كان انعقاد الدم

في الاوعية أقل وكان هر وعه نحو الاوردة مدة النزغ تأقما كان الوقوع في هذا الخطأ أكثر حصولا فكثيرا ما يظن في مثل هذه الاحوال ان سبب الموت هو الاحتقان الدماغى أو الرئوى مع انه في الحقيقة هو شلل القلب او عوف دخول الاوكسجين في الرئتين ولاجل تجنب الوقوع في مثل هذا الخطأه الاخير ينبغى اعتبار كمية الدم المحتوى عليهم باقى الجسم ومن جهة أخرى يعتبر احيا نال وجود أثر الاحتقانات الدماغية في الجملة مع انها ولا بد كانت موجودة مدة الحياة بل قد يوجد الدماغ في مثل هذه الاحوال باهتتا خاليا عن الدم ولو ان سبب الموت فيها كان بلا شك هو الاحتقان الدماغى وذلك يحصل من الاحتقانات الدماغية التى فيها يوجد دم تدفق في الاوعية الشعريه من تهيج الدماغ فان مثل هذه الاحتقانات يشهد بخطرها بسبب الارتشاح المصلى الذى يحدث من جدر الاوعية وحصول الاوذىما الدماغية تبعاله وبهذه المثابة يمكن ان تنضغط الاوعية بحيث ينشأ عن ذلك انيميا شريانية (أى قلة الدم الشريانى) عوضا عن احتقان الدماغ وهذا التوجيه وان كان نظريا الا أنه يمكن أن يضاهى ببعض أمور مماثلة فمثلا الانتفاخات الحلمية في بعض امراض الجلد (كالانجريدية) ليست الا نتيجة الاحتقان لسكن الاحتقان يؤدي الى حصول اوذىماى الجلد وهى تؤدي الى حصول الانيميا فيه ولذا يكون الانتفاخ الحلمى الجلدى أبيض اللون محاطا بهالة حمرة

وفي أحوال أخرى تكون معرفة احتقان الدماغ سهلة فان كثيرا ما يشاهد في الاحوال الحادة منه لاسيما فى الشك كل الاحتماسى ان كلاما من جلد الرأس وقة الجمجمة محتويا على كثير من الدم وعند فصل قبوة الجمجمة من الام الجافية يسيل مقدار عظيم من الدم من الاوعية المقرقة والجيوب الدماغية تكون عملية بالدم امتلاء عظيم او يوجد في الام الجافية احتقان عظيم و يكون لون العنكبوتية لبيضا عكر او يمازى بدماء سطحية ضعيفة ملوثة باوعية الام الحنوننة المحتقنة ولا يوجد في الهالات تحت العنكبوتية سائل مصلى و سطح الدماغ يظهر املس مستويا والوعية الرقيقة للام الحنوننة تكون محتقنة وعند شق جوهر الدماغ تظهر نقط دموية عديدة



تختلط ببعضها على سطح الشق والجوهر السنجابي للدماغ يكون أحمر داكنا  
 مسهرا ويندر ان يظهر في الجوهر الابيض للدماغ لمعان محمر  
 وأما احتقانات الدماغ المزمنة ففيها تمدد أو عيبته تمدد مستمر افتوجد في  
 سيرها متعرجة كثيرة التمدد وكذا الأوعية الشعرية توجد مدة أيضا  
 عند البحث عنها بالمكروسكوب وفي هذا الشكل كثير اما يكون الدماغ  
 ضامرا او حينئذ يوجب فيه زيادة عن امتلاء أوعيته أو ذمما وتجمع سائل  
 مصلية في الهالات تحت العنكبوتية وهذه المشاهدة الرمية تشاهد بكثرة  
 في المنهكين على السكر وتوجه بانه عند ظهور هذا العضو يحصل ازدياد في  
 السائل الفقري الدماغى حتى يملأ المسافات الخالية كما ان الاحتقان الدماغى  
 المتردد يظهر أنه ينبج عنه نمو في التجمبات الباكيونية فتوجد تارة متفرقة  
 وتارة مجمعة على هيئة تولدات مبيضة غير شفافة حبيبية في العنكبوتية  
 وبالخصوص على جانبي الجيوب المستطيلة وهذه التجمبات بضعها على  
 الام الجافية يمكن ان تبعد اليافها عن بعضها وتمثيقها وباستمرار ضغطها  
 يمكن ان تحدث ضورا في العظام وحينئذ توجد مجمعة في انماجات العظام  
 الججمية وهذه التجمبات تتركب من منسوج خلوى وتحتوى احيانا على  
 مواد دهنية واملاح كلسية

**\* (الاعراض والسير) \***

ينبغي قبل شرح مجموع اعراض الاحتقان الدماغى الالتفات لعدم الوقوع  
 في الخط المنتشر المضر بالمرضى هو أنه في جميع الاحوال التي تكون فيها  
 وظائف الدماغ مضطربة وليس هناك تغيرات مادية ثقيلة في هذا العضو  
 تنسب فيها تلك الاضطرابات الوظيفية لاحتقان الدماغ (أولا نهيته)

فالاضطرابات الثقيلة لوظائف الدماغ في الاحوال الخفية مشللا لا تتعلق  
 ولا بد باحتقان دماغى تواردى ناشئ عن ازدياد فعل القلب بل تتعلق  
 ولا بد كذا كما نأما بارتفاع درجة حرارة الدم الموجود في أوعية الدماغ واما  
 باختلاطه بمواد غريبة (اعنى سوء الاخلاط الحمى) الذي هو نتيجة ضرورية  
 لازدياد التحلل العنصرى في المنسوجات الحاصلة في أثناء الحمى الشديدة  
 فانه من المعلوم انه في أحوال الحميات الضعيفة التي فيها ترتقى حرارة الجسم

وتولدها الى أعلى درجة مع ان حركات القلب وان كانت سريرة الا انها  
تكون ضعيفة ولا يوجد احتقان دماغي تواردي حينئذ ويكثر الهذيان ونحوه  
من الاضطرابات الثقيلة لوظائف الدماغ

وكذا اعراض الشمس اعنى تأثير حرارة الشمس على الرأس لا تتعلق تبعاً  
للتجارب التي فعلت في المحارب الاخيرة بين البروسيا وفرنسا وتبعاً  
لتجارب المعلم أوبرنيير باحتقان دماغي ناشئ عن تأثير اشعة الشمس على  
الرأس كما كان يظن سابقاً فان اعراض المرض المذكور عبارة عن  
شلل جزائى في جميع وظائف الدماغ وتدرجى وفي الحالة الاخيرة يسبق  
علامات الشلل هيجمان أو هذيان أو غيرهما من اعراض التهيج الدماغي وقد  
تحقق في مناطق بلادنا بالاقبال ان تأثير الاشعة الحارة للشمس لا تكفى  
بانفرادها في احداث هذه العوارض الثقيلة وانها لا تظهر الا متى كانت  
الاشخاص المصابة بها عرضة في الايام الحارة لمشاق جسمية عظيمة لاسيما  
متى لم يحصل عندهم عرق تام بسبب قلة تعاطى كمية كافية من السوائل فمن  
الجائز القول بانها في مثل هذه الاحوال لقلّة انتشار الحرارة وتضعفها بسبب  
درجة الحرارة المرتفعة للهواء المحيط وازدياد تولد الحرارة في الجسم بسبب  
المجهودات العضلية وبتناقص تبريد الجسم الحاصل بواسطة التهجير الجلدى  
يحصل ولا بد ارتقاء في حرارة الجسم ارتقاء زائداً عن الحدّ به لا يمكن استمرار  
الحياة وأما امتلاء الاوعية الوريدية للسحايا الذي يوجد حقيقة في جثة  
الهالكين بالشمس فقد يبناه فيما سبق

وبالجملة فلا تتعلق بالكلية اعراض التسمم الحاد بالكولي وكذا التسمم الحاد  
بالاقميون ونحوه من المخدرات ولوان الدماغ في مثل هذه الاحوال يكون  
محمّتها بامتلاءه وى في الاوعية وغاية ما هنالك أنه لا يتعلق به الا البعض  
منها والظاهر ان ذلك ينعكس بالنسبة لظواهر المرضية الناشئة عن  
الافراط المستمر من المشروبات الروحية ومن الجواهر المخدرة الذي ازداد  
جدام من منظر ظهور الحقن تحت الجلد بالمرفق فانه في مثل هذه الاحوال  
يكون ولا بد للاحتقان الدماغي أهمية عظيمة زيادة عما يحصل في اعراض  
السكر والتسمم الحاد بالاقميون

ثم ان اعراض الاحتقان الدماغى تظهر احيانا باعراض ثوران وازدياد في  
 قابلية تنبيه الالياف العصبية والخلايا العقدية للدماغ وتنبهها تنبها مرضيا  
 أعنى بظواهر تهيج وتارة تظهر بظواهر رتناقص أو فقد في قابلية تنبيه  
 الاجزاء العصبية المذكورة أعنى بظواهر الخمود والشلل وفي الغالب تسبق  
 اعراض التهيج اعراض الخمود وفي احوال أخرى قد تفقد الاعراض  
 الاولى بالكيفية فتطرأ من الابداء اعراض الخمود ويعتبر عادة ان اختلاف  
 هذه الاعراض متعلق باختلاف درجة الضغط الذى يعترى الدماغ من جهة  
 الاوعية الكثيرة التمدد أو القليلة كما يشاهد ذلك مثلا في الاعصاب الدائرية  
 فان الضغط الخفيف عليها يحدث فيها تهيجا والضغط الشديد يحدث فيها شللا  
 ويظهر أن هذا التوجيه صواب بالنسبة لحصول ظواهر التهيج فقد دلت  
 التجارب على ان بعض الاعصاب التى تمر من قنوات عظمية محسوبة باوعية  
 دموية تقع في حالة تهيج مرضى عند امتلاء تلك الاوعية فالاعصاب  
 الدماغية المحاطة بالام الجافية وعظام الجمجمة تكون في حالة مشابه لذلك  
 بالكيفية عند زيادة امتلاء الاوعية الدماغية بحيث تكون كالاعصاب  
 المنافذة من قنوات عظمية متى كانت الاوعية الدموية المصاحبة لها ممتلئة  
 بخلاف توجيه ظواهر الشلل بارتقاء الضغط الباطنى الوعائى فانه يظهر  
 غير صواب فان هذا الضغط الذى يعترى الدماغ ولو في الاحوال الثقيلة  
 جدا من الاحتقان لا يصل الى درجة الضغط الناتج عنه شلل فى أحد  
 الفروع العصبية الدائرية وقد قيل لبعضهم هذا رأى ان الضغط خارج  
 الاوعية الذى يكاد لا يكون أعظم من الضغط الباطن المحدثة له الانسكابات  
 الدموية الصغيرة فى الدماغ ينجح عنه كذلك شلل لكن سنذكر فيما سياتى  
 ان النسبة السكتية فى التزيف الدماغى لا تتعلق مطلقا بانضغاط الدماغ  
 ورضه بواسطة الانسكاب الدموى بل القرىب للعقل ان ظواهر الخمود  
 والشلل فى الاحتقانات الدماغية الشديدة تنشأ عن عوق أو امتناع ورود الدم  
 الشريانى الكثير الاوكسجين للالياف العصبية والخلايا العقدية للدماغ فان  
 هذا هو الشرط الضرورى لتمنيه المجموع العصبى بتمامه وفى الاحتقانات  
 الاحتباسية يكون استفرغ الدم الوريدى من الدماغ موقفا ومن الواضح

انه مع امتلاء الاوردة لا يمكن هروء دم شرياني جديد في الاوعية الشعرية  
والقول بان اعراض الاحتقان الدماغى تشابه بالكلية اعراض انيميا هذا  
العضو فيه صحة بالنسبة للاحتقان الاحتماسى للدماغ وانيميا هذا العضو  
وتوجيهه هذا التشابه واضح فانه في كلتا الحالتين يتمنع ورود دم شرياني  
جديد نحو الدماغ وأما توجيه ظواهر الشلل التى تشاهد أيضا فى الاحتقانات  
التواردية الدماغية فلا بد فيه من الالتجاء للنظريات القائلة بأنه يحصل فى  
أثنائها أذى دماغية تابعة وبذلك يحصل فى الدماغ حالة مخالفة لحالة  
الاحتقان الموجود ابتداء أعنى انيميا شعرية واعراض الاحتقان الدماغى  
تنوع تنوعا عظيما بحسب كون ظواهر تهيج الدماغ أو شلله تكون قاصرة  
بالاكثر على الحساسية أو الحركة والوظائف العقلية ولا يمكن توجيهه هذا  
الاختلاف توجيها كافيا بوجه ما

ثم انه بعدم من جملة ظواهر التهيج فى الحساسية الم الرأس وازدياد قابلية  
التنبيه بواسطة المؤثرات الحسية والادراكات الذاتية البسيطة فى الحواس  
فاما الم الرأس الذى هو ظاهرة كثيرة الحصول جدانى جميع أمراض الدماغ  
ويصحب غالباً احتقان هذا العضو فهو عرض عسر التوجيه حيث لا يعرف  
ان كان ينبوعه مركزى يا عنى حاصل فى اجزاء الدماغ التى ينتج فقط عن  
اصابتها الجرحية ظواهر الم فى الحيوانات الفاقدة الاحساس بالكلية عقب  
قطع النصفين الكريين العظيمن المفقودى الحساسية بالكلية او بان كان  
متعلقا وهو الاقرب لاهل بتهيج الاليف العصبية للتوامى الثلاثى المتوزعة  
فى الام الجافية وأما ازيد قابلية التنبيه بالنسبة للمنبهات الحسية فينتج عن  
ارتقاء قابلية تنبيه اجزاء الدماغ المحتقنة التى بواسطتها تدرك المنبهات الدائرية  
وتصل الى قوة الادراك فان المرضى لا يزداد احساسهم وبصرهم وشهيم  
وههم عن العادة غير انهم يضطربون وينألمون من تأثير المنبهات على  
أعضاء الحواس ولو كانت أقل قوة من المنبهات التى لم تزعج منها فى حالة الصحة  
وكان كلامنا من الفزع من الضوع وازيادة تأثيرهم من اللغط والضغط الذى  
يشاهد فى الاحتقانات الدماغية يعتبر من جملة ظواهر ازيد قابلية تنبيه  
الدماغ فكذاك تعمير الظواهر الحسية التى تحس بها المرضى بدون تأثير

منهات طبيعية ظاهرة من هذا القبيل كروية الشرر امام العين أو البريق  
وظنين الاذنين والاحساس بالالم غير المحدود وتتمل الاعضاء فان ذلك يعتبر  
ثورا مرضيا في حساسية الاجزاء المذكورة وأما ظواهر التهييج في الحركة فمنها  
اضطراب الجسم والقلق والفرع الفجائي وحركات الاطراف غير الارادية  
واصططك كالا سنان والصرخ بحدون هيئة التألم وتقلص بعض العضلات ثم  
التشنج فان هذه اعراض تشاهد بكثرة سيما في الاطفال المصابين باحتقانات  
دماغية فاما الاعراض المذكورة ولا سيما القلق والضعف في الفراش فلا  
يعرف ان كان ناتجا عن ازيد تنبيه اجزاء الدماغ التي بواسطتها يحصل انتقال  
التاثير المحرك الى اعصاب الحركة والعضلات وبه تتم حركتها أو بان كان يحصل  
من أحوال تهيجات مرضية في أعضاء الادراك لـكن لا يشك في كـون  
التقلصات العضلية والتشنجات المنتشرة غير المتعلقة بفعل الارادة نتيج  
ولا بد عن تنبيه مرضي في المر اكز الدماغية المحركة ومن المستغرب كون  
التشنجات العامة التي تظهر في الاحتقانات الدماغية وغيرها من امراض  
هذا العضو وكذا في الصرع والا كما بهسيما لا تصطب غيرهما من ظواهر  
التهييج في هذا العضو بل عكس ذلك بظواهر شله سيما فقد حاسة الادراك  
وكيفية حصول التشنجات العامة مع اصططها بظواهر شلل لم ترل منبهمة  
ولو فعل كثير من الفسبولوجيين تجارب مفيدة في هذا الخصوص وأما ظواهر  
التهييج التي تحصل في الوظائف العقلية وثورانها ففها التقلب المبرر وعدم  
الانتظام في التصورات بحيث لا يمكن التصور الواضح البين وينضم لتقلب  
التصورات غالباً تصورات من عكسة مخالفة للحقيقة بالنسبة للشخص نفسه  
والكائنات المحيطة به وهذا هو الهذيان

وبعض الهذيان كثير اما يشتد وينضح اتضا حاطيا بحيث لا يمكن المرضى  
تمييزه عن محصل التصورات الحقيقية وبذلك يحصل الهوس والخيال فالاول  
عبارة عن تصورات هوسية يزعم انها نتيجة ادراكات لا واسطية بدون وجود  
موضوع ظاهر لذلك التصور مطابق للتصور الحقيقي فالمرضى تزعم رؤية  
حيوانات او اجسام تصورية وانها تحس باصوات حالة السكون التام وأما  
الثاني اى الخيال فهو عبارة عن الخطا في تصور امر أو جسم له وجود في

الحقيقة فالامور الواهية جدا يمكن مع وجود التخيل ان تصير مفزعة مهولة  
 للمرضى المعتر بهم احمقان في الدماغ لاسيما الاطفال واما الدوران اى الدوران  
 فانه عبارة عن حساسية شديدة بتحريل الجسم او المواد المحيطة به وهذه  
 الحركة تحس بها المرضى مع كونهم فى الراحة والسكون بل وجميع ما حاط  
 بهم ومن اعراض التوران لقابلية تنبيه اجزاء الدماغ المنوطة بالوظائف  
 العقلية الارق واضطراب النوم باحلام من عجة فان هذه ظواهر تشاهد  
 بكثرة جدا فى احمقان الدماغ

وأما ظواهر الخمود والشلل فى دائرة الحساسية فمخا فقد الحساسية وعدم  
 التاثر من المنبهات الظاهرية كالضوء الشديد والغط القوي وعدم ادراك  
 المنبهات الحقيقية وذلك يدل على تناقص قابلية تنبيه العقد والالياف  
 العصبية التى بها ينتقل تاثير المؤثرات الخارجية الى قوة الادراك وبارتقاء  
 ضعف الاحساس الغير التام الى درجة فقد الاحساس الدماغى التام  
 لا تحس المرضى بالمنبهات ولو الشديدة وأما ظواهر الخمود فى دائرة الحركة  
 فمخا عسر اجراء الحركات و بطؤها بحيث تصير اطراف المريض ثقيلة  
 كالرصاص وعند فقد قابلية تنبيه هذه الاجزاء تعجز المرضى عن الحركة  
 الارادية فتمنشل وعند تناقص قابلية تنبيه العقد والالياف العصبية المنوطة  
 بالوظائف العقلية تصير المرضى فى حالة عدم ادراك ما يحيط بهم فتضعف  
 تصوراتهم ويحصل لهم ميل للنعاس يعسر ايقاظهم منه أو يتعذر بالكلمة  
 وعند ارتقاء هذه الحالة يفقد الادراك بالكلمة

وكذا الحركات التى يكون تنبيهها من الدماغ ولو بغير الارادة يحصل فيها  
 اضطراب غير طبيعى فى احوال الاحتمانات الدماغية فى احوال التهييج  
 مثلا تكون الحدقة منقبضة لان العصب المتحرك للقلقة يكون فى حالة تنبيه  
 زائد وأما فى احوال ظهور اعراض الخمود والشلل فتكون الحدقة ممددة  
 بسبب تغلب الياف العظمى السنباتوى على القزحية وانفرادها فى التاثير  
 وكذا ارتقاء تنبيه العصب المتخير ينتج عنه بطء فى ضربات القلب  
 كما ثبت ذلك بالتجارب الفسيولوجية كما ان الشلل الدائرى لهذا العصب  
 ينتج عنه سرعة فى ضربات هذا العضو كالتى تشاهد عقب قطع العصب

المذكور في الحيوانات وفي احوال شلل الدماغ تصير حركات التنفس بطيئة جدا عميقة متخيرة ونحن وان لم نتعرض لتوجيه ذلك الا اننا نذكر أنه عقب قطع العصب الرئوي المسمى من الحيوانات لا بد وان يحصل ببطء في حركات التنفس مع غيرها من الظواهر وبالجملة فلنذكر هنا ايضا ان من اعراض التهييج الدماغى القى وهو عرض كثير الحصول جدا في احوال تهيج الدماغ ومهم في تشخيصه والتغيرات الحاصلة في الاعضاء المركزية التى بها تحصل حركات القى وان كانت مجهولة الا انه من المعلوم ان احداث القى بالصناعة ممكن في الحيوانات بواسطة قطع العصب الرئوي المسمى وتهيج طرفه المركزى بعد قطعه

ثمن علامات التنبيه المرضى المذكورة وازداد تناقص وانطفاء قابلية تنبيه الدماغ التى توجد في كثير من غير هذا المرض من امراض الدماغ تشاهد بصفات مختلفة في الاحتمانات الدماغية وكما نرى عند الكلام على التشخيص العامة على الوجود المستمر لهذه الظواهر الناشئة عن ازدياد التنبيه المرضى للنخاع المستطيل مع فقد الادراك أعنى مع الظاهرة الدالة على انطفاء قابلية تنبيه أخلية عقديّة والياف عصبية أخرى مركزية نضيف ولا بد الى ذلك انه لا يندر ايضا وجود مضايفات أخرى من ظواهر تهيج وشلل في الاحتمانات الدماغية فترى مثلا تعسر حركات بعض المرضى او تعذرها بالسكينة مع وجود ظواهر تهيج في الوظائف العقلية فيشتكون بالآلام في الراس وشرا امام الاعين ونحو ذلك من ظواهر التهيج ولذلك ترى انه وان امكن من صفات الحدقة وبطء النبض أو سرعته معرفة حالة الاعضاء المركزية العصبية والاعصاب الناشئة منها لا يمكن الحكم على حالة تنبيه بقيمة اقسام الاجزاء الدماغية واختلاف الصورة المرضية في هذا المرض الناشئة عن اختلاف اجتماع الاعراض عظيم جدا حتى ان اندرال قسم مجموع اعراض احتمان الدماغ باعتبار وصفه الى ثمانية اشكال لم يكن الا نصف الا الرئيس منها فنقول

انه في كثير من احوال الاحتمان الدماغى تكون اضطرابات الحساسية على صفة التهيج هي الاعراض الواضحة فيشاهد في مثل هذه الاحوال تشكى

المرضى بشغل الرأس وآلام مختلفة الشدة كثيرة وقلة وتتناثر جدا من الضوء  
 الشديد واللفظ ويرون شرراً أمام أعينهم - ويحسون بطنين في آذانهم ويحصل  
 لهم أرق أو يتعسر نومهم ويضطربون بإحلام من عجة وعند اشتداد المرض  
 يحصل دوام واحساس بشنمل في الاطراف ويحمر الوجه والمتحمة غالباً  
 ويكون النبض مثلثاً سريعاً مع ذلك لا ينبغي القول بان هذه الظاهرة  
 من الاعراض الملازمة فانه في الاحوال الثقيلة الخطرة من احتقان الدماغ  
 خصوصاً ما ينبج عن استعزاء جوهره وتمدد أوعيته الشعرية لا تكون كمية  
 الدم في الاجزاء الظاهرة من الرأس مطابقة لكمية الدم المحتوى عليها  
 الدماغ فالتحمة هؤلاء المرضى لا تكون على الدوام محتمنة ووجودهم متقدمة  
 بل باهتة والاعراض المذكورة لا تستمر غالباً الا بعض دقائق او ساعات  
 الا انها قد تستمر احياناً لبعض اسابيع بل اشهر افا انه يكفي عند المرضى مثلاً  
 تعاطي قليل من كوبات النيميد أو القهوة الحارة حتى تظهر علامات  
 احتقان الدماغ فيهم كما تزول بسرعة عند الراحة وتجنب المؤثرات المضرة  
 مع التدبير اللطيف ويبقون مصانين بما ذكر

وأما اعراض احتقان الدماغ في الاطفال الذين يتضح فيهم اضطرابات  
 الحركة فلها مشابهة تامة باعراض التهاب السحايا وكثيراً ما يلتبسان ببعضهما  
 ولا يتميزان الا بملاحظة سير المرض فمثل هؤلاء الاطفال يعتبرهم مدة بعض  
 ايام امسالك وقلق واصططكك الاسنان مدة النوم أو أحلام من عجة  
 فيستيقظون من عو بين ويرون نومهم ثم يحصل عندهم في ويشاهد عندهم  
 ضيق في الحدة وانقباضات تشنجية في اطرافهم وهذه الظواهر غالباً تكون  
 سابقة لعوارض شديدة خطيرة للعناية فانه يعقبها التشنجات العامة النادر  
 حصولها بدون ان تسبقها ظواهر وفي أحوال نادرة تشهد هذه التشنجات  
 بدون ظواهر سابقة وتكون هي العرض الابتدائي لاحتقان الدماغ الشديد  
 والانقباضات التشنجية تبتدئ باحد الاطراف او باحدى صفتي الوجه  
 وعماقيل تمتد الى جميع اجزاء الجسم وتعاقب احياناً الحركات التشنجية  
 المتقطعة بانقباضات تشنجية مستمرة أو ان بعض العضلات خصوصاً عضلات  
 العنق تنقبض انقباضاً تيباً فوسياً مستمراً وعضلات الوجه والاطراف  
 تعاقب فيها الانقباضات التشنجية ولا تستيقظ الاطفال من النداء ولا من



تأثير المؤثرات المهيجة على الجلد ويغطي الجلد بالعرق وينتفخ البطن  
 انتفاخا طبييا ويمتد التنفس ويسيل اللعاب من الفم على هيئة الزبد بسبب  
 الحركات المستمرة لعضلات المضغية واحيانا يحصل انحطاط في شدة  
 الانقباضات التشنجية فيظن ان النبوية قد انتهت لكن بعد هذا الانحطاط  
 يقليل تاخذ الانقباضات التشنجية في الشدة ثانية وهذه المثابة يمكن ان تمتد  
 نوبة هذا المرض في الاحوال الثقيلة لعدة ساعات ومع ذلك ففي غالب  
 الاحوال تنتهي بعد نصف ساعة او ساعة وحالة مثل هؤلاء الاطفال وان  
 كان لها تأثير مفرغ للغاية على العوام (وسمونها في اقليمنا بالقرينة) وكذا  
 الاطباء غير المتفرنين الا انه ينبغي الحس على ان عاقبتها جيدة متى امكن نفي  
 وجود الالتهاب السحائي وهذا يمكن القطع به مع التأكد فان الالتهاب  
 السحائي التقيحي مرض نادر على العموم كما سنبينه فيما سيأتي ولا يحصل  
 للاطفال المسلمين من قبل بدون جرح في الرأس او مرض في عظام الجمجمة  
 الا في احوال استثنائية والالتهاب السحائي الدرقي لقاء عدة الدماغ وان  
 كان كثير الحصول وتبدئي مشاهدة الطبيب له بعد التشنجات في الاطفال  
 المريضة الا انه بالسؤال والدقة يتحقق من وجود نوبة قديمة وبعض  
 اعراض اخرى سبقت نوبة التشنجات لكن لم يلفت اليها  
 ولم يعتن بها اهل الاطفال فان كان الطفل قبل نوبة التشنجات ينام ساكنا وليس  
 عنده سوى علامات الاحتقان الدماغى ولم يعثره جرح في الرأس ولم يكن  
 عنده سيلان اذنى تاكد الطبيب من حصول التمسك للطفل في اليوم  
 التالي او الشفاء التام وتعقب النوبة عادة بنوم عميق يستيقظ الطفل  
 منه في حالة تعب لكن ليس عنده عرض من الاعراض الخطرة وكثيرا  
 ما يشاهد الطبيب في كل سنة احوال امن الاحتقانات الدماغية تسير سيرا  
 مطابقا لما ذكرناه ولا يندران تصاب جملة اطفال من عائلة واحدة بنوب  
 التشنجات المذكورة او يصاب بها الطفل مرارا متوالية ومن النادر جدا  
 ان ينشأ عن ذلك صرع انما يمكن ان ينشأ عن الاحتقانات المتكررة  
 استسقاء مغى من كاسياتى

وهناك شكل ثالث من الاحتقان الدماغى فيه تتضح اعراض اضطراب

القوى العقلية بدرجة عظيمة جداً بحيث لا يعرف هذا المرض ويظن  
مع الاضرار بالمرضى ان عندهم نوبة ما ليخوليا أو جنون فيحصل لهم في  
الاولى بعد ألم الرأس واضطراب الحساسية والارق احساس بنضجر وتعب  
ولا يصبرون على المكث في محل واحد بل ينتقلون من محل الى آخر مع الحيرة  
والقلق ويحصل لهم اضطراب عظيم وتاسف شديد من اقل شئ وينضم لذلك  
هذيان ناشئ من شدة التفكير لما هو حاصل لهم وفي الابتداء يكون لهم  
قدرة على دفع هذا الهذيان عارفين به فيفزعون من ذلك فزعاً عظيماً  
منهم انه سيحصل عندهم جنون والارق في مثل هذه الاحوال كثير اما يبلغ  
حده بحيث ان استعمال المخدرات المضرة جداً التي يستعملها بعض جهلاء  
الاطباء لا يثمر أو يعقب تعاطيها نوم مضطرب تستيقظ منه المرضى على حالة  
اشتداد جميع الاعراض فيهم وفي هذا الشكل من الاحتقان الدماغى الذى  
يحصل من الافراط في الاشتغالات العقلية غالباً يوجد عند المرضى سرعة  
النبيض وغيره من الظواهر الحمية لكنه في هذا الشكل الذى فيه الاحتقان  
الدماغى يكون عظيم جداً لا يوجد احتقان في جلد الرأس كما احتقان الدماغ  
فلا يكون لون المرضى محمراً بل باهتاً ويحصل عندهم من الحركة الحمية  
والارق ضعف في القوى ونحافة ويمكن ان يهلك المريض من هذا المرض ان  
لم تسعف العناية بطبيب حاذق لما انه يحل محل الهيجان هبوط وانحطاط  
ومحل الارق نوم عميق لا يستيقظ منه بل ربما يهلك ومن النادر ان يخالف  
ذلك اضطرابات عقلية مستمرة

وفي الحالة الثانية قد يظهر هذا الشكل من الاحتقان الدماغى عند بعض  
الاشخاص الذين يتضع فيهم اضطراب الوظائف العقلية فيظهر بنوب  
جنونية وهذيان وهذا الشكل يشاهد بكثرة عقب تاثير الاشعة الشمسية  
القوية او الحرارة الشديدة على الرأس وبالخصوص عقب الافراط من  
المشروبات الروحية لاسيما عند من يتعاطى قليلاً طول السنة ثم يفترط دفعة  
واحدة افراطاً رائداً عن الحد ولا يلبس هذا الشكل بنوبة ارتعاش السكرى  
الذى يأتى فان هؤلاء يكونون في حالة ارق شديد ويهرعون ويضربون وبعضون  
من امسك بهم وبفقدون ويقطعون جميع ما يلقونه ويبتكون أو يضعكون

أويغنون وينضم لذلك هذيان مختلف الشكل وفي الغالب مثل هؤلاء يظن  
 أنه مظلوم ويظهر غضبا لمن يتوهم فيه أنه تسبب في ظلمه ويحصل لهم بسبب  
 المجهودات العضلية القوية عرق وتسرع ضربات القلب والنبض وتقوى  
 ويتقد الوجه غالبا وهذا الشكل خطر جدا ان لم يعرف وبعالج بما يليق به  
 فر بما عقبه نوبة اشبه بالكتمة الدماغية القتالة أو احتقان رئوي شديد يعجبه  
 أو ذيما رطوبة يهايموت المريض فجأة وقد وصفها المعلم اندرال حيث قال ان  
 بعض ارباب السن المتوسط يصبح و بصرخ عدة ساعات بلا انقطاع فيزعج  
 المرضى حوله ثم يسكت فجأة فلا يسمع له ادنى صوت وبالبحث عنه يوجد ميتا  
 فهذا الموت اسرع من الموت بالصاعقة وعند فتح الجثة لا يوجد فيه ادنى  
 تغير سوى احتقان شديد في جوهر الدماغ

ولنذكر شكلا آخر من الاحتقانات الدماغية تظهر فيه اعراض الخمود  
 والشلل فجأة وله شبه تام بظهور السكتة الدماغية فلا يميزان مع التأكيد  
 غالبا عن بعضهم وفي بعض الاحوال تسبق نوبة هذا الشكل بزمن متفاوت  
 بالمد في الرأس واضطراب في الحساسية ودوار وارق واضطرابات عقلية وفي  
 احوال أخرى يحصل احتقان الدماغ فجأة بدون اعراض سابقة فيحصل  
 للمريض دوار فيمتزويدورما كان امام عينيه ويزول ادراكه ويقع على الارض  
 مع حصول تشنجات أو بدونها ومثل هذه النوبة التي فيها تزول وظائف  
 الدماغ وتنطفي بالكلية يمكن ان يؤدي للموت عقب امتداد شلل الدماغ الى  
 المجموع العصبي الغذائي لكن الغالب ان يستيقظ المريض بعد زمن  
 متفاوت الى نفسه اما بتذكر خفيف لما حصل له أو بدونه وهذه النوب  
 السكتية الشكل التي تحصل في اثناء سير الاحتقان الدماغى يظهرانها  
 مثل النوب الصرعية السابق ذكرها المطابقة لها بالنسبة لفقد الحساسية  
 الدماغية وشكل الوظائف العقلية تنتج اما عن عوق استقراع الدم الوريدي  
 أو عن الاوذيا الدماغية التابعة اذ بكلماتها تين الحائتين يتعذر هروغ  
 الدم الشرياني الكثير الاوكسجين الذي هو الامر الضروري في  
 حفظ قابلية تنبيه الدماغ والمجموع العصبي تمامه وذهب المعلم تزوبه  
 الذي ينسب النوب الصرعية الشكل التي تحصل في اثناء سير دابر يكت الى

الاوذيميا الدماغية الى ان الاوذيميا القاصرة على احد النصفين الكريبيين  
 العظيمين تحدث فقط فقد الادراك وأما الاوذيميا الممتدة على هذين النصفين  
 والاعضاء المتوسطة من الدماغ فانها تحدث فقد الادراك والتشجات معا ولا  
 نتعرض للبحث في تلك النظريات فهي وان كانت قريبة للعقل الا انه ينافي  
 معها ان كل تغير مرضي يحدث لانضغاط في الاوردة الشعرية بواسطة  
 ارتشاح مصلي يكون محدثا للشلل متى أثر على النصفين الكريبيين العظيمين  
 وذاتاً ثير مهبج متى أثر على الاجزاء المتوسطة من الدماغ ومن المستغرب  
 ان يخلف نوبة هذا الشكل شلل نصفي جانبي مستمرة أيام ثم يزول  
 بدون أثر فان هذا الشكل ان كان نتيجة الضغط الذي يعتري الدماغ  
 من جهة الاوعية الممتدة لا يتضح بالسككية توجيه كونه نصفيا جانبيا فان  
 الاحتقان الدماغى وان امكن أنه اشد في جهة عن الاخرى لسكن الضغط  
 الذي يعتري الدماغ لا بد وان يكون مستويا في الجهتين تقريرا بالان  
 التوازن لا يتم في سائل أو مادة رخوة سهلة التحرك والتزحزح الا اذا كان  
 الضغط الذي يقع عليهم اعلى حدسوا فغاية ما هنالك يمكن الظن بان شرشرة  
 الدماغ تبقى بدرجة معلومة احد نصفي هذا العضو من ضغط الاخر اما اذا  
 كان الشلل ناشئا كما يظن من الاوذيميا فن الواضح حينئذ توجيه حصول  
 الشلل الجانبي في الدماغ اذا كان كل من الاحتقان والاوزيميا اشد في جهة  
 من هذا العضو عن الاخرى كما أنه من الواضح أيضا ان يزول الشلل  
 بالسككية ولا يبقى له أثر عقب زوال الاوذيميا بخلاف ما اذا حصل عقب  
 الانسكابات الدموية التي بها يتمسك بعض الياف من الجوهر اللبي فانه  
 لا يزول بالسككية مطاقا

(المعالجة) \*

كل من الاستفرغات الدموية العامة والموضعية والوضيعات الباردة على  
 الراس والتحويل على الجلد والقناة الهضمية وان كان محدودا جدا في معالجة  
 الاحتقانات الدماغية الا انه لا يجوز دائما انتخاب احدى هذه الوسائط بدون  
 تبصر أو استعمال جميعها في آن واحد فانه لا يوجد مرض من الامراض  
 فيه ينبغي زيادة الاعتمسابات تمام ما تستدعيه المعالجة السببية مثل

الاحتقان الدماغى ففيه ينبغى زيادة الاعتماد باعتبار السبب الذى احده  
عند انتخاب احدى الوسائط العلاجية التى تستمدعها طبيعة المرض نفسه  
ففى اشكال الاحتقان الدماغى التى فيها يحدث كل من ازدياد مجهودات  
القلب وقلة مقاومة جدر الاوعية الشعرية احتقاناً تواردياً نحو الراس ينبغى  
اتباع التدبير العلاجى الذى ذكرناه فى معالجة الاحتقان الرئوى التواردى  
الاعتيادى فان لوحظ حصول اعراض خطيرة ينبغى فعل الفصد العام الذى  
لا يمكن أن يقوم مقامه فى مثل هذه الاحوال الوضعية الجليدية على الراس  
والاستفرغات الدموية الموضعية بارسال العلق خلف الاذنين ونحوها

واما اذا كان الاحتقان الدماغى التواردى تكميماً لاجاباً فينبغى قبل كل شئ  
تبعيد العوائق الدورية التى ينتج عنها ازدياد الضغط الجانبي فى الشرايين  
السياتية فان استفرغ المعاو واطلاق البطن بالمينات والحقن المسهلة  
المختصة من الماء والحل له تأثير جيد للغاية عند الكهول اذا اعتراهم احتقان  
الراس عقب الامسالك وحصل لهم طنين الاذنين ودوار ونحو ذلك كما أنه  
كذلك جيد عند الاطفال الذين ينضم عندهم للامسالك تشنجات ونحو ذلك  
فلا يمكن استعاضة هذه الوسائط فى مثل هذه الاحوال بواسطة علاجية  
أخرى لكن اذا لم تسكن هذه الوسائط وظهرت اعراض الخمود وغيرها من  
العوارض التى يخشى منها ينبغى استعمال الاستفرغات الدموية بفصد  
البالغين وارسال العلق خلف الاذنين للاطفال

وتختلف المعالجة بالكيفية اذا كان الاحتقان الدماغى ناشئاً عن الافراط من  
المشروبات الروحية أو الجواهر المخدرة أو تأثير الحرارة أو الاشعة الشمسية  
فى الراس أو الانفعالات النفسية الشديدة ففى مثل هذه الاحوال لا فائدة  
فى الاستفرغات الدموية العمومية بل كثيراً ما يكون الفصد الوريدى العظيم  
مضراً جداً بل الواجب هنا استعمال التبريد على الراس لاجل انكماش  
المسومات وتلطف تمدد الاوعية الشعرية وذلك بواسطة مائة مملوءة بالجليد  
او برفايد توضع على الراس مبتلة بعد وضعها تحت صندوق من التنك مملوء  
بالجليد والملح حتى تتجلد وفى مثل هذه الاحوال يسوغ احياناً استعمال  
الوسائط المحولة التى بها يقصد ازالة الاحتقان التواردى نحو الدماغ

بأحداث توارد دموى نحو الجلد والقناة المعوية والاعضاء التناسلية أو  
 المستقيم فقد دلت التجارب على أنه يحصل تلطيف عظيم في هذا الشكل  
 بواسطة المعالجة المذكورة والسوائل الأكثر استعمالاً في ذلك هي البرن  
 القديمة المهيجية وما كان منها مأخوذاً من الماء الجليدي الذي يضع  
 المرء فيه قدميه برهة صغيرة أجود من الحمامات القديمة الغائرة المضاف  
 اليها الخردل أو تراب الفحم أو الملح وفي الأحوال الحادة تستعمل الحاراريق  
 على القفا وفي المزمنة الحصية في الذراعين وهي وإن كانت واسطة قديمة إلا أنها  
 شاهدنا منها نجاحاً عظيماً مراراً وبالجملة تستعمل المسهلات الشديدة والمفضل  
 منها في الأحوال الاحتقان الدماغية الخطرة زيت حب الملوك وأما في  
 الأحوال المزمنة فيفضل استعمال حبوب من الصبر والمنظف وصابون  
 الجلبة ونحو ذلك وإن حصل في زمن الطمث احتقان تواردي نحو الدماغ بدلاً  
 عن حصوله نحو الأعضاء التناسلية الكائنة في الحوض وجب إرسال العلق  
 على عنق الرحم أو وضع المحاجم النشريطية على انسي الفخذين ومن الجيد  
 التأثير أيضاً في مثل هذه الأحوال إرسال العلق على دائرة الشرج

وفي الاحتقانات الدماغية الاحتمالية التي تنشأ عن انضغاط الأوردة  
 الوداجية أو الأوجوفين أو التي تحصل في أثناء سير أمراض القلب أو الرئتين  
 يجب عندئذ هم أمكان زوال العائق المانع من استفراغ الدم استعمال  
 الفصد العام وإرسال العلق خلف الأذنين وقد ذكرنا سابقاً الاحتقانات  
 الاحتمالية بعوقها وصول الدم الشرياني للدماغ تزيد قابلية تنبيه الألياف  
 والعقد العصبية الدماغية فكلمة سهّل استفراغ الدم الوريدي تيسر إزالة  
 ظواهر الخمود والشلل وذلك يتم بواسطة إرسال العلق خلف الأذنين  
 إذ بذلك يقل التوتر الحاصل في الأوردة الكائنة خارج الجمجمة المتفحمة  
 بالأوردة السننورونية أو بواسطة الفصد العام إذ به يقل التوتر الحاصل في  
 الجذع الوريدي العضدي الدماغى بسبب قلة وصول الدم إليه من أوردة  
 الذراع وفي مثل هذه الأحوال لا يتم استعمال التبريد على الراس ولا  
 المسهلات ولا الحاراريق

وفي الأحوال الاحتقان الدماغى الناتج عن الإفراط من الماء كل والمشرب

وزيادة دخول عناصر غذائية في كتلة الدم ينبغي ولا يد تقليل كمية الدم بواسطة الفصد العام ومن المثبت انه بالمبادرة بهذه الوساطة يمكن تجنب حصول النوبة السكتية المهددة فمن المهم تنظيم كيفية معيشة مثل هؤلاء الاشخاص وتحريضهم على عدم الافراط من المأكل والمشرب حتى يتجنبوا كثرة الاكل وعدم تعاطي المشروبات الروحية كالنبيذ ولا يشربون سوى الماء الفراح ويعتادون على كثرة الرياضة ومن الواضح انه قد توجد احوال فيها تستعمل وسائط خلاف الوسائط المذكورة بحسب الاقتضا

### (المبحث الثاني)

في الاحتمقان الدماغى الموضعى والوذيم الموضعية الدماغية

شرح الاحتمقان الدماغى الموضعى مع الاختصار يسهل علمنا بيان اعراض الاصابات الدماغية البورية اى القاصرة على بعض اجزاء هذا العضو وأسباب هذا الاحتمقان توجد داخل الجمجمة لا خارجها فان محمل الانسكابات الدموية والبورات الانتهائية أو اللينة او ورام الدماغ أو غير ذلك من الاصابات الموضعية التى ينتج عنها اضطراب محدود في الدورة لبعض اجزاء هذا العضو لا بد ان يعقبها احتمقان تواردى أو احتباسى في محيط هذه الاجزاء فان حصل انضغاط في أحد الفروع الشريانية أو في عدد عظيم من الاوعية الشعرية نشأ عن ذلك احتمقان تواردى في الفرع بعات الوعائية المجاورة وان حصل تضيق أو انسداد في أحد الفروع الوعائية الوريدية نشأ عن ذلك احتمقان احتباسى في الفرع بعات الشعرية الموصلة الدم الى هذا الفرع الوريدى المتضيق أو المنسد ومع ذلك فجميع الاصابات الدماغية الموضعية لا تودى لحصول الاحتمقان فقط بواسطة الضغط الواقع على الاوعية بل يودى معظمها لحصول احتمقانات في محيطها بواسطة التهييج الذى تحدثه في جوهر الاجزاء الدماغية المجاورة لها وكما يشاهد في غير الدماغ من اجزاء الجسم حصول انسكاب دموى واحتمقان ووذيم حول التولدات المرضية الجديدة والبورات الانتهائية والسكتية فكذلك يشاهد حصول هذه التغيرات حول هذه البورات المرضية المذكورة منى كان مجلسها الدماغ نفسه

ثم انه يعسر اثبات وجود الاحتقان الدماغى المحدد وعند فعل الصفات  
التشريحية اثباتا نشريهما سيما اذا ادى الاحتقان لحصول اوزيم او لولم ينتج  
عنه الين في جوهر الدماغ ومع ذلك ففي كثير من الاحوال يشاهد حول  
التولدات الجديدة والبورات الالتهابية ونحو ذلك ان جوهر الدماغ رطب  
رخو والاوعية ممتدة ويخرج منها بعض انزفة من اعفان متفرقة

واعراض الاحتقان الدماغى المحدود اما ان تكون ظواهر تهبج او نحو غير  
ان هذه الظواهر تكون قاصرة على اجزاء محددة من الجسم بخلاف  
لاعراض الاحتقان الدماغى العمومى فهى من جملة ما يعبر عنه بالاعراض  
البورية ( كما قاله جريسيجر ) وذلك كالم الرأس المحدود ورؤية الشر رامام  
احدى العينين وطنين في احدى الاذنين وتمدد اوضيق في احدى الحدقتين  
او تقلص او شلل في احد الطرفين او احدى العضلات او بعضها ودرجة هذا  
الاحتقان الجزئى وامتداده يختلفان باختلاف احتواء الجمجمة على الدم  
كثرة وقلة كما يختلفان باختلاف درجة نمو البورة المرضية المحيط بها هذا  
الاحتقان وبذلك يوجه كثره ووضوح الظواهر المرضية التهبجية او الحمودية  
المتعلقة بالاحتقان الدماغى الموضعى تارة وقلة وضوحها او زوالها وترتددها  
تارة اخرى وحيث انه بكل تغير جوهرى دماغى موضعى عظيم يحصل ولا  
بد فقد وظيفة الجزء المصاب سواء كان ذلك متعلقة بظهور تولد مرضى جديد  
فيه او قساد فى الالياف العصبية والاخلية العقدية العصبية بواسطة  
انسكاب دموى فالاعراض اللاواسطية التى تنتج عن هذه الاصابات  
البورية العظيمة تكون عبارة عن فقد فى الحساسية وشلل جزئى  
وفقد بعض الوظائف العقلية فان حصل فى اثناء سير سكتة دماغية او خراج  
دماغى او ورم فى هذا العضو ونحو ذلك مع ظواهر الشلل الجزئى ظواهر  
تهبج موضعى ايضا فلا بد وان هذه الاخير لا تكون متعلقة بتلك التغيرات  
بل بالاضطرابات الدورية الموجودة فى محيطها وكذا ظواهر الشلل الوقية  
التي تشاهد فى اثناء سير التغيرات المرضية المفسدة الموضعية لا تتعلق بنفس  
هذه التغيرات المذكورة بدون واسطة بل باضطرابات دورية تحصل حول  
بوراتها وبناء على ذلك يسهل علينا توجيه تحسين الشلل الذى يصاحب



السكنات الدماغية واورام الدماغ وغيرها اوزواله بالكلية وحيث ان كلا  
 من هذه التغيرات لا يتصور فيه مطلقا تكون الالياف العصبية ثانيا بل ولا  
 استعاضتها استعاضة جزئية فيه علم ان ذلك انما هو من حصول الاحتقان او  
 الاوذما حول بورات تلك التغيرات المرضية واختلاف الشدة اختلافًا  
 عظيما يؤدي كذلك لحصول الشلل وبالجملة فـ كان ينبغي ان التغيرات  
 المرضية الدماغية المختلفة التي يكون مجلسها وامتدادها واحدا تحدث على  
 الدوام اعراضا واحدة في جميع الاحوال متى لم يكن اضطراب الدورة  
 في محيط التغيرات المرضية المختلفة مختلفا ايضا فان اضطراب الدورة حول  
 ورم دماغى يخالف الذى يحصل حول خراج دماغى مثلا وهذا الاخير يخالف  
 ايضا الذى يحصل حول بورة دموية دماغية وبذلك يسهل علينا توجيهه  
 اختلاف اعراض الاصابات الدماغية الموضعية ولو كان مجلسها وامتدادها  
 واحدا

ثم ان معالجة الاحتقان الدماغى الموضى مؤسسه على حسب القواعد التى  
 ذكرناها فى معالجة الاحتقان الدماغى العمومى فان امكن تنقيص توارده  
 الدم الى الدماغ او سهولة استفرغه منه امكن كذلك تلطيف الاحتقان  
 التواردى والاحتباسى الموضى لهذا العضو ايضا

### (المبحث الثالث)

فى انيميا الدماغ واعشيتة

### (كيفية الظهور والاسباب)

طالما انكر الاطباء امكان حصول انيميا الدماغ كما انكروا احتقانه  
 واسسوا ذلك على الاعتبارات المذكورة فى المبحث الاول وقد نينا فيما  
 تقدم على خطأ تلك الاستنتاجات ويكفى هنا انه يقطع النظر عن الصفات  
 الثمرية بجملة العديدة التى وجد فيها الدماغ فى حالة انيميا واضحة ان  
 كلام دوندرس وفوس هول وتينار امكنه فى الحيوانات الحية مشاهدة  
 انيميا الدماغ الشديدة جدا عقب فعل ثقب فى الجمجمة وسده بقطعة  
 من الزجاج

ثم ان اسباب انيميا الدماغ هى (أولا) الاثرات التى تحدث تناقصا فى كتلة دم

الجسم العمومية ومن هذا الاتعد فقط الاستفراغات الدموية العمومية  
والارتزة الذاتية بل يعد ايضا فقد كمية عظيمة من الاخلاط والنضج الغزير  
والامراض المزمنة سيما الجمية وما يتأسف منه عدم الوقوف على معرفة انيميا  
الدماغ في بعض احوال الارتزة الباطنة ونسبة اعراضها بالظن لاحتمان  
هذا العضو ومعالجة المرضى بمقتضى ذلك وبشاهد شكل من الانيميا الدماغية  
بكثرة عند الاطفال المصابين باسم الات من كلة طويلة المدة وهذا الشكل  
شرحه المعلم مر شال هال شرحا جيدا وسماه بالايدي وسفلويد اى شبه  
الاستسقاء الدماغى ولا يندرمشاهدة الانيميا الدماغية الواضحة عند  
الاشخاص الضعفاء البنية الذين يعترهم تسكبات منمتدة في الرئين عقب  
اصابتهم بالانتساب الرئوى وكذا الامراض الجمية المستطيلة المدة التي ينتج  
عنها تلاش في دم المريض ولجه ينشأ عنها انيميا عمومية ومن جملة طواهرها  
انيميا الدماغ وكما انه ينشأ عن جميع هذه الامراض فقد في دم الجسم  
واخلاطه او تلاشها فكذا يمكن من جهة اخرى تناقص كلة الدم من عدم  
جودة تسكونها عقب الحرمان وتعاطى الكمية الكافية من المواد  
الغذائية ولذا يشاهد بكثرة عند الاشخاص الهالكين من الجوع  
والحرمان اعراض الانيميا الدماغية بغاية الوضوح قبل الموت بزمن قليل  
(ثانيا) قد تنشأ انيميا الدماغ عقب تراكم كمية عظيمة من الدم في احد الاعضاء  
الاشرى واعظم مثل يضرب لذلك شكل الانيميا الدماغية الناتج عن  
وضع المحجم العظيم للعلم جند الشبيه بالجزمة حول الطرف السفلى بهامه  
وهذا الشكل ربما اكتسب خطرا عظيما جدا مع عدم الاحتراس في استعمال  
هذا المحجم ومن ذلك يتضح انه عند وجود ضعف في ضربات القلب يحصل  
للصاب بذلك اغماء في الوقوف أكثر منه في الجلوس وتوجيه ذلك سهل فانه  
عند الوقوف يتراكم الدم في الاطراف السفلى بكثرة اذا كانت القوة الدافعة  
للقاب غير كافية في قهر ميل الدم لحركة الثقل الذي يميل اليها في سيره من  
الاسفل الى الاعلى في الاوردة وما يستتبعه العقل توجيه الانيميا الدماغية  
عند الوقوف في مثل هذه الاحوال بعدم قهر ثقل الدم في الشرايين السباتية  
عند وجود ضعف في ضربات القلب (ثالثا) تحصل الانيميا الدماغية عقب

انضغاط الشرايين الموصلة للدماغ او انسدادها وفي جميع الاحوال التي من هذا القبيل يكاد يحصل الانسداد عقب الربط الصناعي ومن النادر حصول الانسداد في الشرايين السباتية او الفقرية عقب الضغط عليها بواسطة اورام او عقب وقوف بعض السدد السيارة فيها (رابعاً) قد تحصل الانيميا الدماغية عقب الاضطراب العصبي والانهيار النفساني للاوعية الموصلة للدم الى الدماغ والذي يؤيد ذلك بعض الانفعالات النفسانية الشديدة فانه لا يحصل فقط بهاتين الوجنتين والوجه بل وفقد في الادراك فجأة وغير ذلك من الاعراض الدالة على عوق ورود الدم الى الدماغ (خامساً) تحصل الانيميا الدماغية بالتهبية لتناقص متسع تجويف الجمجمة بواسطة النضج المرضي والانسكابات الدموية واورام الدماغ ولفائفه ومن هذا القبيل شكل الانيميا الدماغية المصاحب لجميع كسور الجمجمة المصحوبة بانزعاج في قوتها وذكرنا هنا لهذا الشكل من الانيميا الدماغية اعني الناتج من تناقص متسع الجمجمة لكونه اكثر الاشكال حصولاً وذا اهمية عظيمة فالظواهر المرضية المعبر عنها بظواهر الضغط في احوال السكتة الدماغية واورام الدماغ والاشكال المختلفة من الاستسقاء الدماغى لا تتعلق على رأينا بل وكثير من اطباء بدون واسطة بالضغط الذي يعتري جوهر الدماغ بل بالانيميا الناشئة عن نفس هذا الضغط

وحيث ان الشرط الضروري لاتمام وظائف الدماغ اتما ما طبيعياً يتعلق بوصول الدم الشرياني المحتوى على كثير من الاوكسجين لا بامتلاء اوعية الدماغ بالدم على العموم فن الواضح انه في الاحوال المرضية التي فيها كمية دم الدماغ المطلقة لا تتناقص عن الحالة الطبيعية غير ان توزيع الدم فيها في هذا العضو يكون غير طبيعي بحيث ان الشرايين لا توصل الى هذا العضو الا قليلاً من الدم الشرياني ويقل فيها ايضاً استفراغ الدم الوريدي من الوردية فيه ثم لا بد وان يحصل في هذه الاحوال نفس الاعراض التي تشاهد في الانيميا الحقيقية اى قلة الدم المطلقة لهذا العضو وقد دلت تجارب اطباء على كثرة حصول الانغماء وباقى اعراض الانيميا الدماغية في الاحوال المرضية التي بها يكثر ابد جوهر القلب استحالة ان مرضية وفي احوال

التضايقات الصمامية القلبية غير المتكافئة لهذا العضو وفي غير ذلك من  
امراض القلب التي بها تضعف مجهوداته وبذلك يحصل امتلاء الاوردة  
وفراغ الشرايين كما ان هذه التجارب والمشاهدات الاكلينيكية استمرت  
يتجارب كل من المعلم قوس مول وتينار استنارة تامة فانهم اوجدوا حصول  
عين العوارض الناشئة من الانزفة الباطنة الغزيرة وربط الشرايين الموصلة  
للدماغ نحو الدماغ من امتناع دخول الاوكسجين في الدم فجأة عقب انقطاع  
التنفس انقطاعا سريعا

ولقد كرا ايضا انه قد تحصل ظواهر لها شبه كلي بظواهر الانيميا الدماغية  
ولومع عدم تناقص كمية الدم وتوزيعه في الاوردة والشرايين توزيعا طبيعيا  
وذلك عند تناقص الكرات الدموية الجرح وقتلتها وتوجيه ذلك سهل اذ من  
المعلوم ان هذه الكرات هي الحاملة للاوكسجين وبما ذكر يظهر ان تأثير  
تناقص الكرات بالنسبة للدماغ ووصول الاوكسجين اليه كتناثير تناقص  
توارد الدم اليه عموما

#### ﴿ الصفات التشريحية ﴾

جوهر الدماغ يكون متغير اللون فهيمية السنجابي منه تظهر باهتة فيقرب من  
لون جوهره الابيض وتكون هيئة الاخير لينة لماعة وعند شدة لا يشاهد  
الانكسار قليلة دموية اولا وتشاهد اصلا على سطح الشق واوعية لفائف  
الدماغ تكون فارغة باطية ولا ترى على الدوام في المسافات تحت العنكبوتية  
كمية عظيمة من سائل مصلي وذ كر كل من المعلم قوس مول وتينار ان السائل  
الدماغي الشوكي لا يكون متزايدا دائما كما يتوهم ذلك طبقا للنظريات  
السابق ذكرها

#### ﴿ الاعراض والسير ﴾

اعراض الانيميا الدماغية التي تحصل فجأة وترتقي بسرعة الى درجة عظيمة  
تختلف بالكلية عن اعراض الانيميا التي تحصل ببطء ولا ترتقي الى درجة  
عظيمة في الحالة الاولى يحصل للمرضى دوار وتظلم المرئيات امام اعينهم ولا  
يدركون المنبهات الحسية ولا يقدر على الحركة وتمدد حدقاتهم ويصير  
التنفس بطيئا ويسقطون مع زوال الادراك على الارض مع حركات تقلصية

خفيفة وفي غالب الاحوال عما قليل يستيقظون من انماتهم وفي احوال أخرى  
 لا يعود لهم الادراك ثانياً ويتهى الانغماء بالموت ويعبر عن هذه الحالة بالسكنة  
 العصبية واما الانيميا الدماغية الحادة الحادثة بالصناعة في الحيوانات  
 عقب الانزفة الغزيرة او ربط جميع الشرايين الموصلة للدم نحو الدماغ فينتج  
 عنها عين الظواهر المذكورة الا ان التشنجات فيها تكون اشد وأقوى وكثيرة  
 الوضوح عما يشاهد في الاشخاص الذين اعتري دماغهم انيميا فجأة وتوجيه  
 ظواهر الشلل في الانيميا الدماغية اسهل من توجيه التشنجات في هذا  
 المرض فان الاولى تتعلق ولا بد بامتناع ورود الاوكسيجين مع الدم الى الدماغ  
 اذ من المعلوم ان ربط الايبر البطني مثلاً يعقبه شلل في النصف السفلي من  
 الجسم بسبب امتناع وصول الدم الشرياني الى اعصابه واما التشنجات  
 فتوجيهها عسر وزعم المعلم هنلي انه في احوال الانيميا الدماغية يهرع الدم  
 بقوة من الضفيرة الوريدية الخشاعية الشوكية والسائل الدماغى الشوكى  
 من القناة الفقرية الى الدماغ وبذلك يتهيج الخشاع المستطيل والاجزاء التي  
 في قاعدة الدماغ ومع ذلك فقد وجد المعلم قوس مول وتينار بعد ربط  
 الشرايين الموصلة للدم الى الدماغ ان كلا من النصفين الكريين العظيمين  
 والخشاع المستطيل في حالة انيميا ولذا لا ينبغي توجيهها بازدياد في قابلية تنبيه  
 الالياف العصبية وخلايا العقد العصبية الناتجة عن الانيميا الدماغية التامة  
 ولا مانع من الارتكان في توجيه ذلك الى ما ذكره كل من قوس مول وتينار  
 في تجاربه وذلك انه شوهد عند فعل الصفات التشريحية للحيوانات التي  
 ربطت شرايين الدماغية ان الاوعية الشريانية التي كانت في قاعدة الدماغ  
 محتوية على قليل من الدم فقط بخلاف باقى الاوعية فانها توجد في حالة فراغ  
 تام فيقال حينئذ ان ربط الاوعية المذكورة ينتج عنه انيميا تامة في النصفين  
 الكريين العظيمين للدماغ وشلل فيهما تبعاً لذلك وقلة الدم فقط في الاجزاء  
 الكائنة في قاعدة هذا العضو (بسبب تقصم الشرايين الدماغية بشرايين  
 الخشاع الشوكى) ينتج عنها زيادة في قابلية تنبيهها  
 واما اعراض الانيميا الدماغية البطيئة الظهور فهي مثل اعراض الاحتقان  
 الدماغى تظهرا ابتداء باعراض التهيج ثم باعراض الخلود والشلل وقد اجتمه

في توجيه هذه المماثلة بالنظريات الاتية وهي انه ينبغي لسلامة فعل  
 الدماغ الطبيعي ان تكون جزئياته على حالة توازن مخصوص وان كثرة امتلاء  
 الاوعية الدماغية او قلتها مما يحدث ازديادا او تناقصا في التورط الطبيعي  
 وان قابلية تنبيه الدماغ تتنوع بحسب ذلك وفيما سبق قد اعتبرنا هذا  
 التوجيه من النظريات ونعترف بصعوبة القول بان ظواهر التهيج  
 في الاحتقان الدماغى تتعلق بتناقص قليل في الضغط الذى يكابده الدماغ  
 في الاحوال الصحية من جهة الاوعية وان ظواهر الشلل تتعلق بتناقص  
 عظيم فيه لكن من الحقائق الفسيولوجية المعروفة ان قابلية تنبيه كل عصب  
 تزداد قبل انطفائها وان ارتقاء قابلية تنبيه اى عصب ارتقاء عظيم لا يعتبر  
 علامة على قوة تغذيته الطبيعية بل بالعكس اى يكون علامة على ضعف  
 تغذيته وليس عندنا توجيه لهذا الامر لكن بمعرفة يتضح انه في احوال  
 الانيميا الدماغية المتكوتة يبطئ وتسبق ظواهر الشلل عادة بظواهر تهيج وانه  
 في الاحوال التى لم ترتق فيها الانيميا الى اشد الدرجات لا تشاهد الا ظواهر  
 التهيج

وعندما تكون اعراض الانيميا الدماغية قاصرة على الاعصاب  
 الحسية تشتمكى المرضى بالام في الرأس مجلسها في الجهة وادحيانا في القفا  
 وفزع من الضوء واللغظ ويوجد عندهم شر رامام أعينهم وطين في آذانهم  
 ونوب دوار ونحو ذلك ومجموع هذه الاعراض يشاهد مع غاية الوضوح  
 عقب الانزفة الرجمية الغزيرة وغيرها من الانزفة المفردة وفي مثل هذه  
 الاحوال لا يمكن غالباً تمييز حالة انيميا الدماغ من احتقانه الا باعتبار السبب  
 الاصلى وحالة النبض ولون الجلد والشفتين وغيرها من اعراض قلة الدم اى  
 الانيميا في غير الدماغ من الاعضاء

واما انيميا الدماغ في الاطفال فتتضح فيها اضطرابات الحركة بكثرة وقد يميز  
 المعلم من شال هال لهذا المرض الذى سماه بالايديوسفالويد دورين على حسب  
 تسلطن اعراض التهيج والشلل في الدور الاول تكون الاطفال في حالة ذاق  
 عظيم مضطرب في نومها منزعجة بحيث تصرخ في نومها وتصلطك اسنانها  
 ومع ذلك تكون وجوههم في الغالب متقدمة والنبض سريعاً وفعالاً ويكاد

يظهر على الدوام انقباضات خفيفة في احد الاعضاء أو نوب تشنجية عامة  
 وفي الدور الثاني تهبط الاطفال وتنحط قواها بالكلية ولا يمكنهم توجيه  
 البصر الى ما حولهم بكيفية ثابتة وتنطبق الاجفان نصف انطبقا وتفقد  
 الحدة الاحساس بالضوء ويصير التنفس عمرا مخيرا ثم يطرأ الموت  
 مع ظواهر كوماوية وبالنسبة لنا المعتبرين ان ما يسمي بظواهر الضغط  
 عند وجود امراض في الدماغ ولفائفه المضيقه لم تسمع تجويف الجمجمة التي  
 من ضمنها الانسكابات في الجيوب الدماغية متعلق بانضغاط الاعوية الشعريه  
 وعوق وصول الدم الشرياني الى الالياف العصبية لانسغوب المشابهة  
 العظمية بين اعراض استسقاء الدماغ الحقيقي والكاذب فانه تبعاً للرأينا  
 لا يوجد الاضطراب مرضي واحد ولو كان الينبوع في كلا المرضين مختلفا  
 أعني انيميا شعريه دماغية

وبالحمله فقد يشاهد في بعض احوال الانيميا الدماغية ظواهر تهيج  
 في الوظائف العقلية كالارق والهيجان والهذيان وهذه الحالة قد ترتقي الى  
 درجة عظيمة جدا فتلبس بنوب الجنون وتشاهد هذه النوبة عند المحر ومين  
 من المطعومات والمشروبات زمانا طويلا كما تشاهد أيضا عند بعض  
 الاشخاص الضعفاء الانماويين فيما اذا ارتقت حالة الانيميا عندهم ارتقاء  
 عظيما عقب الامراض المنهكة أو الاستفرغات الدموية العظيمة

### ✽ المعالجة ✽

متى كانت انيميا الدماغ ظاهرة من ظواهر فقر الدم العام ينبغي معالجتها  
 بالاجتهاد في ازالة النموكة وتقوية الجسم باستعمال العناصر الغذائية  
 اللائقة وباقى الدلالات العلاجية تستنتج من اعتبار السبب الاصلى  
 ومن اختلاف الاحوال الشخصية لكل مريض فان حصل بعد الانزفة  
 الغزيرة مثلاً انحاء مستمرة وتشنجات وغير ذلك من علامات الانيميا الدماغية  
 الشديدة جازا إجراء عملية ترنس فوزيون أى نقل الدم من شخص لاخروفي  
 معالجة الاطفال المصابين بالاسهالات المنهكة ينبغي ملاحظة الخطر الذي  
 يحصل من الحالة السمماة بالايديروسفالويد ومنع حصوله باستعمال  
 الامراق القوية او اللحم النيء أو التبيذ ونحو ذلك فان طرأت الحالة

المذكورة على الظواهر السابقة كان في اعتبارها خطأ زيادة خطر عظيم  
 فانه أن اغتر الطبيب في مثل هذه الاحوال وأمر بارسال العقاق واستعمال  
 معالجة مضغقة فلا بد وان تم لك الاطفال غالباً واما ان لوحظت الحالة بالذقة  
 واستعمل ولو مع قلق الطفل ووجود تشنجات عنده واعراض خدر تابعة  
 لذلك الامراق المركزة والادوية المنبهة بمقدار عظيم والكافور والايثير وعلى  
 الخصوص النبيذ القوي فالغالب ان يعقب ذلك نجاح عجيب في شـ كل  
 الانيميا الدماغية التي تكون ظاهرة من ظواهر الانيميا العامة فينبغي الاهتمام  
 في تقوية عضو الدورة المركزي حتى يحصل تحسین في حالة الدم بتمامه ونجاح  
 المعالجة التي يترتب عليها تعويض هذا السائل وازدياد كراته الجرف فانه كثيراً  
 مات تلك المرضى التي تكون في حالة نقاهة من اهمال هذه الوساطة وذلك بان  
 يكون الطبيب أهل في أمرهم على الاستمرار بالوضع المستلحق او الجلوس  
 فنشاهد ان مثل هؤلاء المرضى ان اهلوا في هذا الامر واستمر واعلى الجلوس  
 او المشي في كثير مما يحصل عندهم دفعة واحدة حركة اغماء قوية لا يعيدان  
 تسـ ثم حتى يموت منها ولذا كان على الطبيب ان يأمر المرضى التي  
 وقعت في نهوكة عظيمة جداً من الامراض المتطيلة وكانت في حالة نقاهة  
 ان لا تترك الفراش الا من بعد الحصول على القوة وازدياد كتملة الدم العامة  
 ولاجل تجنب الخطر الذي يحصل عند الانخساص الانيا وبين من ضعف  
 حركات القلب الوقتي ينبغي ان يؤمرهم بزيادة عن المداومة على الوضع  
 الاستلقائي باستعمال الادوية المنبهة اما بطريقة الشم او الاستعمال باطنياً لكن  
 لا ينبغي استعمال هذه الوسائط دائماً بل تستعمل فقط عند حدوث ظواهر  
 الاغماء وذلك كشم ماء الملكة واستعمال روح لقمان من الباطن وغير ذلك  
 وفي أحوال الانيميا الدماغية الناتجة عن تضايق متسع تجويف الجمجمة ينبغي  
 استعمال ثقبه فانه أقوى الوسائط في مثل هذه الاحوال غير ان فعل هذه  
 العملية في العصر الاخير اقتصر فيه على ماذا اصطحب تضايق تجويف  
 الجمجمة بانخساف احد اجزاء قيوتهما والفصد في مثل هذه الاحوال قد  
 يعقبه نجاح عظيم جداً وهذا وان عد غريباً فسنوضحه عند الكلام على  
 السكتة الدموية الدماغية ولا نذكر هنا الا انه بالفصد يسهل استتفراغ



الاوردة الدماغية ويسرع وبذلك يسهل دخول الدم الشرياني في هذا العضو

(المبحث الرابعع)

في الانيميا والتسكر وجزئين للدماغ

المعروف باللين التنكزي للدماغ وبالسد الذائبة والسبارة لشرابين الدماغ

(كيفية الظهور والاسباب)\*

اما انيميا الدماغ الجزئية فتنشأ (اولا) عن امتناع ورود الدم الى بعض اجزاء الدماغ عقب انسداد الاوعية الاتية بالدم اليها (ثانيا) عن حصول اوذيميا تكممية حول بورات سكتية او التهاية اولينة او بورات من تولدات جديدة ونحو ذلك (ثالثا) عن انضغاط الاوعية الشعرية لبعض اجزاء الدماغ اما بواسطة انسكابات دموية او اورام او غيرها من البورات المرضية المضيقية لتمتع تجويف الجمجمة

أما كيفية حصول الشكل الاول من هذه الانيميا الذي يظهر في بعض الشرايين المنسدة ففيه أنه على الاعتبار الاتية وهي

انه لا يظهر في الارانب مثلا علامات الانيميا الدماغية الا عقب ربط الشريتين السباتيين والفقرين معا فاذا لم يربط جميعها فمابق منها من غير ربط يوصل الى الدماغ كمية كافية من الدم بحيث يمتنع بالاستطرافات العديدة السكائنة بين شرايين الدماغ حصول الانيميا في اجزاء هذا العضو القابلة للدم من الاوعية المربوطة واما الانسان فالامر فيه بالعكس فانه يحصل عقب ربط احد السباتيين بدون واسطة ظاهرة مرضية تتعلق ولا يد بالانيميا الجانبية للدماغ اعني شلل احدى جهتي الجسم المقابلة لمحل الربط وفي احوال اخرى لا تشاهد هذه الظاهرة عقب ربط احد السباتيين وهذا دليل على انه في مثل هذه الاحوال وصل الى النصف العظيم الكري للدماغ المهذب بالشلل كمية كافية من الدم بواسطة الشفومات الوعائية سيما بواسطة المنطقة الشريانية لوليزي وسبب هذا الاختلاف ايسر معلوما بالدقة وزعم المعلم هاس ان شريان السدد الوعائية من محل الربط الى ان تجاوز المنطقة الشريانية لوليزي يمنع حصول الدورة التكممية الجانبية فعند انسداد الشريان السباتي الدماغى والشريان الفقرى في جهة أو في الجهتين معا

وكذا عند انسداد الشريان الدماغى القاعدى لا تحصل غالباً الانيميا  
الدماغية الجزئية فانه في هذه الحالة تحصل دورة تفرعية جانبية بسرعة  
بواسطة المنطقة الشريانية لوليزى واما انسداد احد الشرايين الذى ينشأ  
بعد المنطقة الشريانية لوليزى كشرىان حفرة ساويوس مثلاً فانه يكاد ينشأ  
عنه على الدوام انيميا في محل توزع الشريان المنسد وما ذلك الا لكون شروط  
حصول دورة تفرعية جانبية غير جيدة

ثم ان التغيرات المرضية التى تؤدى لانسداد شرايين الدماغ هى انضغاطها  
احياناً بواسطة اورام والغالب ان يكون انسدادها بواسطة سدود ثابتة  
تتكون فيها بواسطة السدود السيارة الآتية لها

ويندر ان عقاد الدم في شرايين الدماغ ذات الجدر السليمة (وهذا ما يسمى بسدود  
النموكة) والغالب ان تتكون السدود في المحال التى يتضاق بقطرها فيها  
اما بواسطة التهاب الشريان الباطنى المزمن او بما يسمى عادة بالاستحالة  
الاثيروماتيزية وحينئذ يوجد في سطحها الباطنى عدم استواء وخشونة  
والسدود السيارة التى تنسد بها او عيسة الدماغ عبارة عن تعقيدات ليفية  
تنفصل من صمامات القلب المريضة كانت متراكمة على سطحها أو عن قطع  
منفصلة من نفس الصمامات تسير مع الدم ومن النادر ان تكون آتية من  
بورات عنغريثية رئوية أو من سدود ثابتة متكونة في الاوردة الرئوية وقد  
شاهد المعلم ازمارك حالة مهمة فيها اتت السدود السيارة السادة للشريان  
السمائى الدماغى من انوريزما الشريان السباتى الاصلى اندفعت منه  
في اثناء البحث عن هذا الورم وسارت مع الدم

ولا نضيف الى اسباب الشكل الذى نحن بصدد من انيميا الدماغ الا قليلاً  
وحيث ان الاستحالة الاثيروماتيزية التى كثيرا ما تنتج عنها السدود الثابتة  
لاوعيسة الدماغ تحصل على الخصوص في السن المتقدم من الحياة ككاد  
لا يشاهد انسداد او عيسة الدماغ بواسطة سدود آتية الا عند الاشخاص  
المتقدمين في السن فذلك مرض من الامراض المهمة للشيوخه وينعكس  
ذلك بالنسبة للسدود السيارة للشرايين الدماغية فانها تشاهد أيضاً عند الشبان  
وذلك لان كلاً من التهاب الغشاء الباطن من القلب والعيوب المرضية

لصعابته يحصل في كل طور من اطوار الحياة واما كيفية حصول التينكروز  
الجزئي الذي يظهر في كثير من احوال السدد الذاتية والسيارة لشرابين  
الدماغ فواضحة فان هذا الشكل من اللين الدماغى يشابه غنغرينة  
الاطراف الناتجة عن انسدادات وعائية فان موت المنسوج في كلتا الحالتين  
ينتج عن فقد الجواهر المغذية غير ان الاجزاء الميتة في باطن الجمجمة الغير  
المعرضة لتأثير الهواء تكاد لا تقع في الفساد والتعفن وذلك لا يحصل الا متى  
كانت السدد السيارة التي بها تسد الاوعية آتية من بوران غنغرينة بحيث  
انه بالسدة الاتية ينتقل التغير المفسد والانسداد الوعائى يؤدى للتغنغرين  
بسهولة كما كان الاستطراق الوعائى الجانبي بطيئا وغير تام فان كانت  
الاستحالة المرضية لجدر الاوعية التي ادت لحصول سد ذاتية في الشرايين  
الدماغية كثيرة الامتداد فالوعية التفرعية الجانبية التي فقدت جدرها  
المریضة مروتها لا يمكنها التمدد جيداً متى انسدت شرايين عظيمة وحينئذ  
فالانيميا الجزئية التي تحصل عقب انسداد الاوعية لا يمكن تعادلها  
الا بكيفية غير تامة فيقع الجزء المعتريه الانيميا في اللين والتنكروز وهل يحصل  
اللين التنكروزي عقب انسداد الشرايين الدماغية بواسطة السدد السيارة  
ام لا ذلك امر يتعلق في هذا الشكل بحال الانسداد ومجلسه حيث ان  
جدر الاوعية في هذه الحالة الاخيرة يكون سليماً وقابل للتددي فان  
حصلت الانيميا في جزء متوزع فيه وعاء منسد بواسطة سدة سيارة امام المنطقة  
الشريانية لوليزى كاد ان يحصل على الدوام تعادل في الانيميا وبذلك لا يحصل  
الموت والتنكروز في الجزء المصاب واما ان انسداد وعاء شرياني خلف المنطقة  
الشريانية لوليزى بواسطة سدة سيارة كان انتهاء الانيميا الجزئية بالتنكروز  
هو الغالب

واما الشكل الثانى من الانيميا الدماغية الجزئية الذى ينشأ عن ظهور او ذمما  
تفممية في محيط بورة سكنية او التهاية او بورة لينة او تولد جديد مرضى فقد  
ذكرنا فيما سبق انه انتهاء ليس نادراً للاحتقان التواردى الشديد للدماغ  
وسند كذلك ثانياً عند شرح البورات المرضية المختلفة للدماغ  
واما الشكل الذى جعلناه ثالثاً من الانيميا الدماغية الموضعية الناتج عن

الانضغاط الذي يعثرى الاوعية الشعرية لبعض اجزاء الدماغ بواسطة  
 الانسكابات الدموية أو الاورام أو غيرها من البورات المرضية المضيق لموسع  
 تجويف الجمجمة فلم يعثر بشرحه الى الآن فاني انصرت سابقا كعظم  
 المؤلفين وجود الانضغاط الدماغى الجزئى وذلك لاني كنت ذهبت من كون  
 هذا العضو غير قابل للانضغاط ومحاط بحفظة غير قابلة للتمدد الى ان الضغط  
 المتزايد الذي يؤثر على اى صفر من هذا العضو لا بد وان ينتشر مع الاستواء  
 الى جميع اجزائه وكنت اضرب مثلا مشهورا عند العوام لأرتكن اليه  
 فى هذا الرأى بان الزجاجة التى يدفع فيها سدا من الفلين بقوة عظيمة  
 لا تنكسر من جهة عنقها غالبا بل كثيرا ما تنكسر من صفر بعيد عن محل  
 القوة المؤثرة سيما فى محل قليل المقاومة لكن بعدة من المشاهدات التى  
 لم تبق ريبا فى ان اجزاء الدماغ التى تكون مجلس البورات دوية مضيق  
 لموسع تجويف الجمجمة تكون أقل دما زيادة عن باقى اجزاء الدماغ مع  
 ما أتضح لى من اعتبار جميع ما يختص بمتسع تجويف الجمجمة ظهر لى انى  
 أهلت أمرهما فى النظريات السابقة حتى ادى الحال لاستنتاج خطأ  
 وفى الحقيقة ولو ان الدماغ غير قابل للانضغاط ومحاط بحفظة غير قابلة للتمدد  
 لا بد وان يمكن حصول ضغط جزئى فى الدماغ لان تجويف الجمجمة منقسم الى  
 ثلاث خزائن بواسطة غشائين متوترين نوترا قويا فان كلا من الشرشرة  
 الدماغية وخيمة المخنج يحفظ من الضغط اجزاء الدماغ الكائنة فى الجهة  
 الاخرى وبالأقل يحفظه نوعا

والخزائن المذكورة مستطرفة مع بعضها فى الحقيقة ولو كان جوهر  
 الدماغ جديما سائلا لكان الضغط المؤثر على اى صفر من الدماغ ينتشر  
 انتشارا مستويا عليه ولومع وجود الحواجز المتوترة فى باطن الجمجمة لكن  
 قوام كتلة الدماغ ومرونتها التى لا تسمح كاهوم معلوم بان دفاع اجزاء الدماغ  
 المنضغطة نحو الحافة السفلى من الشرشرة أو نحو شرم خيمة المخنج الى  
 التجاوب الاخرى من الجمجمة هما السبب فى حفظ اجزاء الدماغ ولو نوعا  
 الكائنة فى احدى الخزائن من الضغط الواقع على باقى اجزاء الدماغ التى  
 فى الخزائين الباقيتين والوقاية الحاصلة من الخيمة المخنجية اعظم من

الحاصلة من الشرشرة والفصان الخلفيان من النصفين السكر بين العظميين  
 يكونان مصونين من الضغط الذي يعتري النصف الكرى المقابل زيادة عن  
 الفصين الجبهيين لان الشرشرة المخية اعرض من الخلف واعمق من الجهة  
 المقدمة وسنذكر الاحوال التي ابتكرتها فيما ظن وهي مهمة جدا بالنسبة  
 لبيان اعراض امراض الدماغ الناتج عنها ضيق متسع الجمجمة في المباحث  
 الاتية

**\* (الصفات التشريحية) \***

الانيميا الجزئية للدماغ لا تعرف دائما في الجثة مع التآكيد فان توزيع الدم  
 بعد الموت يختلف عن توزيعه زمن الحياة فان الاجزاء التي كانت مدة  
 الحياة كثيرة الدم ومتميزة عن غيرها من الاجزاء القليلة الدم تصير بعد  
 الموت خالية عنه مثلها وهذه المشاهدات يمكن فعلها كل يوم على الجلد  
 الذي يمكن فعل المقارنة فيه بالنظر وهذا عين ما يحصل في الدماغ أيضا ومن  
 المستغرب ان انسداد السيارت كما توجد على الدوام في الشريان اليساري  
 لحفرة سلويوس ومن الجائز توجيه ذلك بان الشريان السباتي اليساري ينشأ  
 من قوس الاورطي في استقامة اتجاه التيار الدموي بخلاف الجذع الشرياني  
 اللا اسم له فانه يكون زاوية عظيمة مع القوس المذكور

ثم ان التتمركز في جوهر الدماغ الناشئ عن انسداد الاوعية وعدم تكون  
 دورة تفهمية جانبية كافية يؤدي لاسترخاء ولبس في جوهر هذا العضو ولذا  
 ان الانيميا الناشئة عن التتمركز تعتبر نوعا مخصوصا من الالين الدماغى يسمى  
 بالالين البسيط أو الاصفر والبورة اللينة يكون مجلسها في الجسمين السكر بين  
 العظميين ولا سيما في جوهرها النخاعى بسبب كثرة الانسداد الوعائى فيهما  
 وعدم تعادله ويختلف عظم البورة اللينة فتكون من حجم الفولة الى البيضة  
 ثم ان درجة الالين تختلف أيضا في الاحوال المتقدمة يوجد جوهر الدماغ  
 في المحلات المتتمركزة مستحيلا الى عجينة رخوة متوجة ولون الاجزاء اللينة  
 يكون تارة مبيضا وتارة سنجابيا مبيضا وتارة مصفر افي الحالة الاولى يوجد  
 حول الجزء الالين هالة حمرة ناتجة عن تمدد الاوعية الشعرية وتزورها خروج  
 الدم منها وفي الشكل الاول من الانيميا الدماغية الموضعية الناشئة عن

سد ذاتية اوسيارة في الشرايين الدماغية لا توجد على الدوام في الصفات  
التشريحية الاجزاء المتوزع فيها الشريان المنسد متمعة مع الوضوح بل  
بالعكس فانها كثير امان تكون متوشحة بشرايين صغيرة خصوصا في دائرتها  
وهذا التغير مطابق للتغيرات التي تحصل في غير الدماغ من الاعضاء وتكون  
ناشئة عن انسداد الاوعية بواسطة السدد الذاتية او السيارة وتوجيه ذلك  
عسر كما ذكرناه عند الكلام على السدد الدموية للارتئين وحيث كان التمييز  
في ذلك عسرا فلا يعرف هل جزء الدماغ المصاب كان في اثناء الحياة في حالة  
انيميا أم لا فينبغي التمسك بالقاعدة المطردة وهي انه في جميع الاحوال التي  
فيها يهلك شخص مصاب بمرض من او واحد في الدماغ مصحوب بشلل نصفي  
جانبي ولم يتضح من الصفات التشريحية توجيه اعراضه فينبغي البحث بالدقة  
عن وجود انسداد الشرايين الدماغية سيما شريان حفرة ساويوس فانه قبل  
التنبية بوجود هذا التغير المرضى لم يستدل بالصفات التشريحية في كثير  
من الاحوال على اسباب بعض الامراض الدماغية الثقيلة المحبوبة بشلل  
جانبي وكان يقال بوجود سكتة دموية داخل الاوعية وبهذا بقي حصول  
الشلل الجانبي منهم ما بالسكاه وكذا الشلون الاصفر للبورة اللينة بظهور انه  
يتعلق بالنزيف القليل الا ان من الاوعية الشعرية المتمزقة وتشرّب جوهر  
الدماغ المتنكر زجاجة الدم الملونة المتغيرة الخارجة من الاوعية وعند استمرار  
اللين زمن اطول لا تستحيل البورة اللينة الى مادة خلائية من تشحة بسائل  
أبيض جيري (يسمى بالارتشاح الخلائي) وعند البحث بالميكروسكوب  
عن الاجزاء الدماغية المتنكرة لا توجد الا بقايا من الالياف العصبية  
وخلايا ذات نويات وهي عبارة عن الخلايا العصبية المكابدة للاستحالة  
الشحمية أو عبارة عن اخلية الانجماد العصبية المكابدة أيضا للاستحالة  
الشحمية ومواد ملونة فاسدة

واما الانيميا الدماغية التي تشاهد في محيط بورات مرضية محدودة وتكون  
ناجبة عن الاوذيميا التشممية فتعرف عند فعل الصفات التشريحية بكون  
الجزء المصاب ذا لمان رطب وقوامه متناسقا صاو بقله ارتفاعه عن  
موازاة الاجزاء المحيطة به عند شق الدماغ وفي الدرجات العظيمة يكون جوهر

الدماغ كثير الاسترخاء بسبب الارتشاح الخلائي بل ويمكن ان يتكون انتهاء ما يعرف باللين الابيض وقصارى الامر يوجد انسكاب نزيقي شعري قليل في محيط الاورام والخراجات مصحوب غالباً باذيماً تقممية جانبية ويسهل في الجملة معرفة الانيميا الدماغية الجزئية التي تكون ناتجة عن بوراث مرضية مضيقمة لتسع الجمجمة في الاجزاء الدماغية المصابة فان الضغط الذي يحدث بواسطة الانسكابات الدموية العظيمة والاورام الكبيرة يكون عظيماً جداً بحيث ان الاوعية الشعرية والشرايين الرفيعة والاوردة لجوهر الدماغ تكون منضغطة خالية عن الدم بل والوعية الغليظة للسحايا الممتد اليها هذا الضغط فان كان مجلس البورة في احد النصفين الكريين برز بقوة عقب فتح الجمجمة بحيث ان الام الجسافية تظهر كايمة واكثر توتراً في الجهة المصابة من الجهة الاخرى وعند فتح الام المذكورة ورفعها يرى ان سطح النصف الكري المريض مستو ولا يوجد في المسافات تحت العنكبوتية إلا قليل من السائل اولا يوجد بالكليمة وتكون تعاريج سطح النصف الكري المريض قليلة الارتفاع ومياريه اكثر تفرطاً ووعية الام الحنونية قليلة الامتلاء او فارغة بالكليمة وبالجملة يوجد في سطح شق الدماغ اختلاف عظيم بالنسبة للون النصفين الكريين وبالنسبة لعدد النقط الدموية النابعة من سطح الشق والدلالة الاكيدة على تمام انضغاط الاوعية الشعرية لجوهر الدماغ الذي يكون مجلس البورة مرضية تؤخذ في مثل هذه الاحوال من كون الشرسرة المخية وخيمة المخيخ منقادتين للضغط الممتد اليها بحيث تكون الشرسرة المذكورة متحدت باقى الجهة السليمة وخيمة المخيخ تكون أكثر تفرطاً او متحدت باعند ما تكون البورة المرضية المضيقمة لتسع الجمجمة في الحفرة الخلفية منها ومن هذا التغيير يستدل أيضاً على ان الانيميا لا تكون قاصرة على اجزاء الدماغ المصابة ابتداء بل انها تمتد الى اجزاء اخرى ولو بدرجة قليلة

\* (الاعراض والسير) \*

الانيميا الدماغية القاصرة على بعض اجزاء الدماغ تؤدى الى ما يسمى بالاعراض البورية وهي عبارة عن ظواهر مرضية متعلقة في الاحوال

التي فيها تكون الانهيماتامة في الجزء المصاب بانطفاء قابلية التنبيه العصبي للجزء الدماغى المصاب أو بعلامات ازدياد قابلية التنبيه أو ثورانه ثورانا مرضيا متى كانت الانهيماتامة وفي محيط الجزء الفارغ من الدم بل وفي الدماغ جميعه تكون الدورة الدموية مضطربة بحيث ينضم للاعراض اللاواسطيه من الانهيمات الجزئية اعراض اضطراب الدورة التابعية المتفاوت الامتداد ومع ذلك فلا يكون كل من الاعراض البورية واعراض اضطراب الدورة الدماغية التابعية والاتجاهها بعض واصفا للانهيمات الدماغية الجزئية ولذا نقول مع الصراحة بعكس ذلك ان كلامنا من الاعراض البورية واعراض اضطراب الدورة التابعية والاتجاهها بعض يحصل في كثير من غير هذه الاصابة من الاصابات الدماغية البورية فاننا لو عرفنا في انشاء الحياة احدا شكال انهيمات الدماغية الجزئية او الاخر وما كنا نفي وجود اصابات بورية اخرى الا انه لا ينبغي التشخيص الاعلى اعتبار الاحوال السببية وتما بع الظواهر المرضية ووجود اعراض تدل على المجلس الكثير الحصول لاحد هذه الاشكال المرضية

ونبتدئ بشرح الصورة المرضية التي تظهر وتسير بها الانهيمات الدماغية الجزئية الناتجة عن انسداد وعائى ونبين انه باعتبار ما ذكرناه من الامور السابقة لا يتدرام كان تشخيص هذا الشكل من اشكال الانهيمات الدماغية الجزئية مع التقرىب بل بالتحقيق واليقين ومع ذلك فاسباب السدد الذاتية الاوعية الدماغية تختلف بالكلية عن اسباب السدد السيارة فيها وكذا باقى الامور التي يرتكن اليها في التشخيص لا توافق بعضها في كل من السدد السيارة والذاتية لاوعية الدماغ ولذا اننا شرح كلامنا هذين الشكلين على حدته فبقول

اما السدد الذاتية لاوعية الدماغ فسيبها غالبيا في معظم الاحوال الاستحالة الاثر ما توزية بلحدر الاوعية وحيث ان هذا التغيير يحصل في الطور المتقدم من الحياة غالبيا فمن الواضح البين انه عند مشاهدة امراض آفة ثقيلة في الدماغ عنددهن طعن في السن ضعيف البنية يظن بوجود سدة ذاتية في احدى اوعية الدماغ وشكل لين الدماغ المتعلق بهذا التغيير دون ما اذا



شوه ذلك في شاب قوى البنية متى ظهرت عنده اعراض اصابة دماغية ثقيلة فان كانت الاوعية الشريانية الدائرية مع ذلك يابسة متعرجة في سيرها قوى الظن بان شرايين الدماغ مكابدة لتلك الاستحالة والقوان الظواهر الدماغية الموجودة متعلقة بهذه الاستحالة ومع ذلك فحالة الشرايين الدائرية وصفتها لا يحكم منها مع التما كيد على حالة وصفة الشرايين الدماغية فانه في كثير من الاحوال تكون هذه الاستحالة قاصرة على اوعية الدماغ وفي غيرها من احوال نادرة تكون شرايين الدماغ سليمة من تلك الاستحالة مع انها منتشرة في الشرايين الدائرية وما عد ذلك فالانيميا الدماغية الجزئية وتسكرز الجزء الواقع في الانيميا ليس هو المرض الدماغى الوحيد الناتج عن الاستحالة الاثر وماتوزية في شرايين هذا العضو

ومن المعلوم ان هذه الاستحالة في جدر الاوعية تؤدى عادة لتمدد واتساع في الجذوع الشريانية العظيمة وتضايق في الشرايين الصغيرة فكذا الشرايين الدماغية المكابدة لهذه الاستحالة يحصل فيها تضايق عادة قبل انسدادها بسدد ذاتية وطبقا لذلك لا بد وان تسبق اعراض السدد الذاتية اعنى الانيميا والتنكركز الجزئيين للدماغ الناتجين عن ذلك بظواهر سابقة في جميع الاحوال وهى عبارة عن اعراض اضطراب الدورة الذى يؤدى اليه تضايق احد اوعية الدماغ أو عن اعراض الضور الدماغى الشيخوخى الذى يساعده ويسرع في حصوله الاستحالة المرضية لجدر هذه الاوعية الدماغية فتشتمكى المرضى بالآلام في الدماغ ودوار وطنين في الاذنين وشرايين الاعين وتناقص في القوة المفكرة وفي حداثتها فيصرون في حالة خمود لا يعنون بما حولهم من الامور ولهم ميل عظيم للنوم غير انه يصير مضطربا بأحلام مزعجة وفي الغالب تسند ابتداء الشرايين الصغيرة وذلك اما لكون الاستحالة الاثر وماتوزية تؤدى ابتداء لانسدانام فيها أو أن قطرها يضيق فينسد بواسطة السدد الذاتية والانيميا الدماغية الجزئية الناتجة عن انسداد اوعية صغيرة تكون قليلة الامتداد ولذا يمكن تعادها بسهولة بواسطة ازدياد توارد الدم من الاوعية المجاورة وحينئذ يظن بوجود هذه التغيرات متى

ظهرت عند شخص منوه كانت قد اعترته من منذ زمن متفاوت الطول  
 ظواهر دماغية سابقة اعراض بورية فاصرة على دائرة صغيرة محدودة  
 ثم تزول ثانيا بعد مكثها زمانا قليلا وذلك كنعق احد الحروف عند التكلم  
 او فقد القوة المذكرة لبعض الاسماء او الاعداد والالم والاحساس بالتقل  
 او خدر بعض الاطراف كبعض اصابع اليدين او القدمين احيانا وقد قل  
 كثير من المؤلفين ان تعاقب الاعراض لاسيما ظهور الشلل وزوال الظاهرة  
 مشخصة للين الدماغ وهذا القول خطأ فانه في الاحوال التي فيها تكون  
 الاعراض المرضية قد اظهرت هذا التعاقب ووجدلين الدماغ في الرمة فلا  
 بدوان البورة اللينة لا تكون قد حصلت في الزمن الذي كانت تعاقب فيه  
 الاعراض بل بعده بزمن متأخر كانت قد بقيت فيه مسخرة واما ظهور  
 الشلل القاصر على بعض اجزاء صغيرة محدودة ثم زواله بسرعة فهو عكس  
 ذلك دال على الانهيا الدماغية الجزئية الناشئة عن استحالة اثير وامتوزية  
 وانسد اشرايين دماغية صغيرة بسدد ذاتية متعادل بواسطة ورود الدم  
 التغمي الجانبى بسرعة واما انسد اشرايين عظيمة او انسد اشرايين  
 عديدة صغيرة متوزعة في هذا الجزء من الدماغ بواسطة سد ذاتية فلا يمكن  
 تكون دورة تغمية جانبية سيما متى كانت الاستحالة المرضية لحد  
 الوعية ممتدة جدا وحينئذ لا تعود لجزء الدماغ المصاب وظيفة ويوجد بعض  
 اجزاء للدماغ كالجوهر الابيض من النصفين الكريين العظيمين مثلا يمكن  
 فسادها بدون ان يدرك فقد وظائفها وهذا الامر الثابت بالتجارب يوجه به  
 وجود احوال من لين الدماغ لا يظهر فيها ثناء سيرها ظواهر شلل ويجب  
 علينا معرفة ذلك حتى ندرك ان تشخيص لين الدماغ احيانا وتميزه عن  
 الضمور الشيخونى غير ممكن وذلك لفقد الامر المهم الذى يرتكز اليه  
 في التشخيص التمييزى ومع ذلك ففي الغالب تمتد تشايج السدد الذاتية  
 للشرابين العظيمة اول عدد عظيم من الشرابين الصغيرة الدماغية الى اجزاء  
 من هذا العضو يؤدي فقد وظيفة تم الى ظواهر شلالية ولا سيما الفالج اعني  
 الشلل النصفى الجانبى اى الى الاجسام المضاعفة والاسرة البصرية  
 وفي الحقيقة الشرابين التي تغذى النصفين الكريين والعقد العصبية

العظيمة الكائنة فيها هي الاكثر اصابة وانسدادها بالسد الذاتية بل وفي  
 الاحوال التي فيها لا يمتد كل من الانيميا الناتجة عن الانسداد الوعائي بلا  
 واسطة اولين الدماغ الذي ينتج عن ذلك الى الاجسام المضلعة والاسرة  
 البصرية لا بدون تفقد هذه الاخيرة وظيفتها ما بواسطة الاوذيا التغممية  
 الجانبية الحاصلة في محيط البورة الليمية او بواسطة الضغط الذي يعترى  
 الاوعية الشعرية لجمع النصفين السكريين من هذه الاوذيا فان انسداد  
 عظيم بواسطة سدة ملتصقة بجدره ثم تمت بالتدريج وانسدت شرايين عديدة  
 صغيرة احداها بعد الاخرى بواسطة تلك السد الذاتية ابتداء الشلل  
 بالتدريج ثم يصل شيئا فشيئا الى درجة عظيمة والاحوال التي تسير بهذه  
 الكيفية تسهل معرفتها فان كان الشلل الحاصل تدريجيا والمرتبقي ببطء  
 يحصل في كثير من غير هذا المرض من امراض الدماغ الا انه يجب علينا عند  
 مشاهدة تلك الظاهرة في شخص مسن منهوك وكان معتريه الظواهر الدماغية  
 السابق ذكرها لا بد وان يظن ابتداءه بانه مصاب بانسداد ذاتي في اوعية الدماغ  
 وشكل الالتهام الذي نحن بصددده وفي اثناء ازدياد ظواهر الشلل  
 وامتدادها التي ينضم اليها غالباً انقباض واعتقال في الاجزاء المشللة بدون ان  
 يمكننا توجيه هذه الظاهرة تقع المرضى في حالة هيبوط وبله وتخرج منهم المواد  
 البرازية بدون ارادة ويحصل لهم غنغرينة وضعية ثم تهلك في حالة نهوكة  
 وكوما في احوال اخرى يختلف السير منى انسدت اوعية عظيمة او عدد عظيم  
 من اوعية صغيرة بواسطة السد الذاتية انسداد امر يعا اذ في مثل هذه  
 الاحوال يحصل الشلل الجانبي أي الفالج بقفاة وبذا قد تظهر صورة مرضية  
 مشابهة بالكيفية لصورة التزيف الدماغى وهذا التشابه سهل الادراك فانه  
 في احوال التزيف الدماغى تتمتلك كذلك الاجسام المضلعة والاسرة  
 البصرية غالباً وانها تفقد وظيفتها عقب الضغط الذي يعترى الاوعية  
 الشعرية لجمع النصف السكري عقب الضغط الناتج عن انسكاب دموى  
 غزير وكذا في احوال التزيف الدماغى يحصل الفالج بغتة وينضم لذلك ان  
 تمزق اوعية الدماغ يحصل بالخصوص عند الشيوخ وان هذا التمزق ينتج  
 في معظم الاحوال عن اصابة جدر الاوعية بالاسهال المرضية التي تؤدي

للسدد الذاتية غالباً ولا تتهرض لسرد الاعراض التي ينبغي على معرفتها فعل  
التشخيص التمييزي بل نذكر هنا فقط قول (بمخرج) الذي تقرّ بفضل العلوم  
الطبية وتشهد له بكونه فر يدوقته في التشخيص حيث ذكر انه قيد  
في مشاهداته سبعة أحوال شخص فيها المرض خطأ ولم يستنبأ الامر  
ويتضح مع التحقيق الابداع الصفات التشريحية وذكر أيضاً انه لا يمكن  
تجنب هذا الخطأ ويندر الحكم مع التأكيدي بتشخيص النزيف الدماغى  
في كل نشبة سكتية

وكذا شكل الانيميا والتنكز الجزئيين للدماغ الناشئين عن سد سيارة يكاد  
يسمى على الدوام ظواهر مرضية سابقة واصفة لانها ليست عبارة عن  
ظواهر مرضية آتية من جهة الدماغ كما في الشكل السابق من الانيميا  
الدماغية الجزئية بل عبارة عن اعراض امراض تكاد تؤدي على الدوام  
لسبح السدد السيارة في اوعية الدماغ أعني اعراض آفة في احد الصمامات  
القلبية او التهاب الغشاء الباطن من القلب وتغير مرضى ثقيل مفسد  
في جوهر الرئتين فوجود ظواهر مرضية سابقة من هذا القبيل او عدمه  
والاستدلال عند البحث عن المريض بوجود آفة في الصمام او التهاب في  
الغشاء الباطن من القلب او تمك في جوهر الرئتين او عدمه له أهمية عظيمة  
في التشخيص والتمييز بين وجود انسداد يعانى في احد شرايين الدماغ بسدة  
سيارة أو غيره من امراض الدماغ بحيث انه عند وجود مجموع اعراض من  
هذا القبيل يمكننا تشخيص السدة السيارة في الدماغ مع التأكيدي في الحالة  
الاولى ورفضها مع التأكيدي في الحالة الثانية فانه بواسطة امتناع الدم  
الشرياني جفاة عن احد اجزاء الدماغ الناتج عن انسداد شريانه يفقد هذا  
العضو وظيفته فجأة ايضاً وحيث يكاد تبعا للتجارب المعلومة ان السدة  
السيارة تسد على الدوام شرياني حفرقي سلقبوس لاسمها اليسرى وان  
انسداد هذا الوعاء العظيم ينتج عنه انيميا النصف الكرى العظيم المتغذى بهذا  
الشريان فمن الواضح ان الشلل الجانبي اى الفالج اليسرى الطارئ جفاة هو  
العرض المهم الذي يستنتج منه سدة سيارة في احد شرايين الدماغ  
وسدها له عند مرض معتريه آفة صمامية في القلب واما فقد الادراك التام

اى النسبة السكتية الذى بصاحب انسداد احد شريانى حفر قى سلقموس  
 وبعقبه على الدوام طر والشلل النصفى الجانبي فعسر التوجيه ونحن نظن انه  
 من القريب للعقل ان هذه الظاهرة تنتج عن انتفاخ النصف الكرى  
 المصاب انتفاخا عظيما بواسطة الاوذيا التغممية الجانبية وان (مثل ما يحصل  
 فى الانسكابات الدموية العظيمة) النصف الكرى المقابل لا يكون محفوظا  
 بالكيفية من الضغط الواقع عليه من النصف الكرى المريض بواسطة الشرشرة  
 الخفية التى ليس لها الدرجة مقاومة قليلة واقله انتفاشا همد على الدوام فى  
 احوال السدد السيارة لبعض الشرايين الدائرية او ذيماعظيمة ممتدة فى  
 محيط الشريان المنسد وكذا يشاهد فى احوال السدد السيارة للشريان  
 الطحالى انتفاخ او ذيماعوى عظيم فى هذا العضو ومن الواضح البين ان الشلل  
 النصفى الجانبي الطارئ فجأة المحسوب ابتداء بنسبة سكتية يسهل اختلاطه  
 بالتزيف الدماغى ويجوز الارتكان الى السن فى التمييز بين التزيف الدماغى  
 والسدد السيارة لاوعية هذا العضو فان التزيف الدماغى يحصل غالباً عند  
 المتقدمين فى السن واما السدد السيارة فتحصل فى جميع اطوار الحياة ولذا  
 يكون الظن عند اصابة شخص شاب بوجود سدة سسيارة أقوى من وجود  
 تزيف دماغى لكن الطريق الوحيدة لعدم الوقوع فى الخطا هو البحث بالدقة  
 عن القلب والرئتين ويزداد التأكد فى التشخيص بالاستدلال حال البحث  
 على وجود آفة صمامية وغيرهامتى امكن مع ذلك اثبات وجود سد سسيارة  
 فى شرايين دائرية او شرايين بعض الاعضاء الباطنية كالطحال والكلىتين  
 وفى غالب الاحوال يطرأ الموت بعد الفوبة بزمن متفاوت مع اعراض الشلل  
 العمومى وفى احوال اخرى يعود الادراك ثانياً ومن النادر زوال ظواهر  
 الشلل وهذا الامر ينتج كما بيناه عن صعوبة حصول دورة تغممية جانبية  
 واما الانيميا الدماغية الجزئية الناشئة عن اوذيماعظيمة جانبية فى محيط  
 الخراجات او الاورام او غيرها من البورات المرضية فانها تتضح على حسب  
 درجة الانيميا اما بظواهر التميج او ظواهر الشلل التى تضاعف الاعراض  
 اللاواسطية لتلك الاصابات البورية وباضطراب فى وظائف اجزاء الدماغ  
 الكائنة بعيداً عن تلك البورات المرضية وعند فعل الصفات التشرىحية

وان كان من العمر جدا النأ كد من وجود الاوذيميا او الانيميا الشعرية  
 في محيط الخراجات او التولدات الجديدة ونحو ذلك ودرجة امتدادها الا انه  
 يجوز لنا القول بان محيط تلك البورات المرضية في الدماغ يشابه ويطابق  
 ما يحصل في الاجزاء المشاهدة بالنظر والذي يجرونا على هذا القول واعتباره  
 هو انه لم يخف على كثير من المؤلفين انه كثيرا ما يظهر في احوال الاصابات  
 الجزئية للدماغ اعراض لا يمكن نسبتها للتغير المادى الجوهري في الدماغ  
 الذى يوجد في الجهة عند فعل الصفات التشريحية بل ينسب ولا بد لتغير غير  
 مدرك في اجزاء الدماغ الكائنة في محيط تلك البورات المرضية ومن  
 القرب لا يقل جدا ان هذه التغيرات تتعلق باضطراب في الدورة الشعرية  
 وظهور الاوذيميا وذلك لان هذه التغيرات كثير امالا تبقى اثرا في الجهة بحال  
 أخرى وقد تدلنا الاعراض المشاهدة في اثناء الحياة على امتداد  
 الاضطرابات الدورية التابعة والاوذيميا التفرعية الجانبية دلالة واضحة  
 زيادة عن فعل الصفات التشريحية فمثلا ان شوهد شلل او تشنج عند وجود  
 بورات مرضية غير مضبوطة لمتسع الجمجمة في الجوهر القشرى او الخشاعى  
 للنصفين الكرىين التي تهتكها وفسادها لا يحدث تشنجات ولا شللا ذلك  
 على امتداد التغير الذى نحن بصدده الى اجزاء بعيدة عميقة من الدماغ  
 وحيث تحقق بالتجارب العديدة انه يمكن تهتك وازالة احد نصفي المخنج  
 بدون ان يحصل شلل جانبي لا يمكن حينئذ نسبة وجوده - ذا الشلل الجانبي  
 في احوال الاصابات الجوهريه القاصرة على المخنج للاصابة المرضية لهذا  
 العضو بلا واسطة بل من امتداد الاوذيميا الجانبية على اجزاء من الدماغ التي  
 ينتج عن فقد وظيفتها شلل نصفي جانبي فالمشاهدة الجعجية من انه في احوال  
 الاصابات الجانبية للمخنج لا يشاهد في بعض الاحوال شلل نصفي جانبي وفي  
 احوال أخرى يشاهد الشلل في الجهة المسامته وفي بعض الاحوال في الجهة  
 المقابلة توجه ولا بد بكيفية بسيطة وهو انه في الحالة الاخيرة تمتد الاوذيميا  
 التفرعية الجانبية على طول فخذى المخنج الى الحدبة الخفية ( اى قنطرة  
 فارول) والى الجهة الجانبية من تلك القنطرة بخلافها في الاحوال التي فيها  
 يكون الشلل مصيبا للجهة المسامته اى التي توجد فيها اصابة المخنج يكون

امتداد الاوذيا على طول نخذي الخنج الى النخاع المستطيل والى الاجهزة  
الجانبية من هذا العضو وفي الاحوال التي لا يوجد فيها شال جانبي لا تكون  
الاوذيا التفرعية الجانبية ممتدة الى اجزاء من الدماغ يودى فقد وظيفتها  
للشلل وجميع هذه الامثلة يكفي في بيان اهمية الانيميا الدماغية بالنسبة  
لمجموع الاعراض المصاحبة لامراض الدماغ القاصرة على بورات محدودة  
وقد ذكرنا فيما تقدم ان تعاقب الاعراض اعنى التحسين والنشاكل الوقتيين  
المشاهدين في اثناء سير امراض الدماغ يتعلق غالبه بتناقص الاوذيا  
التفرعية الجانبية في محيط البورات المرضية الدماغية وتزايدها

واما الشكل الثالث من الانيميا الدماغية الجزئية اى النشاكل عن الضغط  
الذي يعترى الاوعية الشعرية لبعض اجزاء الدماغ بواسطة بورات مرضية  
مضيقية لتسع الجمجمة فانه يودى لمجموع اعراض مستمرة واصف يختلف ولا بد  
على حسب كون مجلس الانيميا في احد النصفين الكرى بين العظمين أو الآخر  
أوفى الاعضاء الكائنة اسفل الجمجمة المخيخية فانه متى انضغطت الاوعية  
الشعرية لاحد النصفين الكرى بين اما بواسطة انسكاب دموى او ورم  
او غيره من البورات المرضية المضيقية لتسع تجويف الجمجمة نشأ عن ذلك  
ولا بد لشلل جانبي مهما اختلف مجلس البورة المرضية المضيقية وهذا الشلل  
يكون قاصرا على الجهة السفلى من الوجه وعلى الطرفين المقابلين للجهة  
المرضية وكثيرا ما كان يستغرب انه في كثير من احوال البورات المرضية  
الكائنة اعلى النصف الكرى او اسفله أوفى باطنه يحصل الشلل النصفى  
الجانبى وفي احوال أخرى لا يحصل هذا الشلل ولومع وجود بورات مرضية  
في قاعدة احد النصفين الكرى بين او على سطحهما المحذب اوفى باطن الجوهر  
الابيض النخاعي له بل وفعلت تقاويم عديدة بها انضغ هذا الاختلاف  
الغريب ونحن نقول انه لا فائدة في هذه التقاويم ما لم يعتبر فيها نوع الاصابة  
المرضية ونظن انه من المهم تمييز نوعين من البورات المرضية لكل منهما  
نتيجة مختلفة احدهما تشغل حيزا اعظم من حيز الالياف والعقد العصبية  
التي حالت محلها وتانيتهما تسكون بعكس ما ذكرنا فالبورات المرضية التي  
مجلسها قاعدة النصفين الكرى بين العظمين اوسطهما المحذب او الجوهر

الخنثى لهم الا تؤدي لشلل نصفي جانبي الا اذا كانت مضيقاً لمتسع تجويف  
 الجمجمة وفي الاحوال المتغيرة لذلك لا تؤدي لحصول الفالج (مالم تكن قد  
 حصلت او ذيماً تفهمية جانبية في محيطها وامتدت الى احد الاسرة البصرية  
 او الاجسام المضلعة) وهناك استثناءات من ذلك وهي الاحوال التي توجد  
 فيها اصابات مرضية في أحد النصفين الكريين ينتج عن متحصلا بلاشك  
 ضيق في متسع تجويف الجمجمة بدون ان ينشأ عنها الشلل الجانبي ففي  
 الاورام التي تنو ببطء يحصل ضمور في الدماغ عادة بحيث انه يتلاشى جوهر  
 هذا العضو وتوجد مسافة في تجويف الجمجمة بدلا عن التي شغلها الورم  
 النامي شيئاً فشيئاً ففي مثل هذه الاحوال لا تحصل الانيميا في اجزاء النصف  
 الكري المصابة عقب انضغاط او عيتمها الشعرية فلا يحصل الشلل الجانبي  
 حينئذ مالم يكن مجلس الورم في أحد الاجسام المضلعة أو الاسرة البصرية  
 وزيادة عن ذلك ينبغي لنا تذكر الاستطراق المتسع الكائن بين الخزانين  
 العلويين لتجويف الجمجمة في جزئها المقدم فانه من الواضح ان الضغط  
 الذي يعترى أحد النصفين الكريين هنا يمتد بسببه الى النصف الكري  
 الاخر دون محال اخرى ومن المعلوم انه كلما انتشر الضغط وتوزع كان  
 تأثيره أقل وباعتبار جميع هذه الاحوال يتضح انه في أحوال الاصابات  
 المرضية للنصفين المقدمين من الدماغ التي لا تضيق لمتسع تجويف الجمجمة  
 بدرجة عظيمة لا يعترى كذلك الاوعية الشعرية للنصف الكري المصاب ضغط  
 تام بحيث لا يحصل الشلل الجانبي بالكلية أو غايته ما هناك بدرجة واهية  
 هذا بخلاف امتداد الضغط على النصف الكري الاخر فانه يتضح بطرق  
 اضطرابات عقلية تفقد عادة عند وجود اصابات مرضية قاصرة فقط على  
 أحد النصفين الكريين ومن العظيمين ومن الجائزان الافازيا (أى فقد التكم)  
 الذي يوجد غالباً عند اصابة أحد الفصين الجبهيين للجسم الاسما اليساري منهما  
 (لكن ليس دائماً) يوجه بالكميفية الآتية وهي ان الضغط المؤثر على أحد  
 الفصين الجبهيين يمتد بسهولة الى الفص المقابل فانه لا يتصور مع تمام انتظام  
 شكل النصفين الكريين وجود عضو منفرد في أحد هما دون الآخر  
 وأما مجموع الاعراض الذي يصاحب انضغاط الاوعية الشعرية لاجزاء



الدماغ الكائنة في الحفرة الخلفية من الجمجمة فكثير الوضوح والاستمرار  
 ويوجه ذلك بانخيمية المخيخ تقاوم الضغط الواقع عليهما اكثر من مقاومة  
 الشرسة المخيخية له وكذا يكون الاستطراق الكائن بين الخزانيتين الخلفيتين  
 السفليتين للجمجمة المحدودتين بمخيمية المخيخ والقهمحوى وبين الخزانيتين  
 العلويتين اقل اتساعا عن الاستطراق الكائن بين الخزانيتين العلويتين  
 وبعضهما فانها في احوال تشخيص امراض الدماغ يسهل النوع في الخطأ  
 كما هو معلوم لكني لا اذكر اني اخطأت في تشخيص بورة مرضية مضيقية  
 لتسع تجويف الحفرة الخلفية من الجمجمة بل وكثير من تلامذتي اكدت لي  
 سهولة تشخيص ما ذكره بالما تقررني وانه شخص ذلك مراراً وتراً كد  
 له ذلك بالصفات التشريحية ومجموع الاعراض الذي يستنبط منه انضغاط  
 الاوعية الشعرية للاعضاء الكائنة في الحفرة الجمجمية الخلفية هو ما يأتي  
 وهو عبارة عن آلام في قسم القهمحوى وقسم سمبأتوى ونوع مخصوص من  
 الدوار وضعف في الحساسية والحركة لا يصل الى الشلل والخدر التامين  
 ويكون ضعف الحساسية والحركة ممتداً باسواء في جميع الجسم وتغير النطق  
 والازدراد فاما الآلام القهمحوية فتشأؤها بلاشك الايمايف العصبية من  
 التوامي الثلاث المتوزعة في الخيمية المخيخية المتوزعة واما القىء السمبأتوى  
 فليس له اهمية تشخيصية على حدته لانه يحصل في الامراض الدماغية  
 المختلفة لكن بانضمامها الى الاعراض الاخرى يعين على وصف هذه الحالة  
 المرضية وتشخيصها واما الدوار الذي يوجد في احوال البورات المرضية  
 المضيقية للحفرتين الجمجميتين الخلفيتين فليس مجرد هوس ولا احساسا  
 شخصيا تحرك حقيقي غير موجود في الجسم أو ما يحيط به ولا يطرأ مثل  
 هذا الشكل الاخير الهومي من الدوار عند السكون أو الجلوس بل  
 عند فعل حركات جسمية مخصوصة فعلى الطبيب ان يتسك بالقاعدة  
 المذكورة وهي انه عند تشكي كل مريض بالدوار يسأل هل نوب الدوار تطرأ  
 حالة السكون او فقط عند المشي او القيام فان اجاب بالاخير كان عند الطبيب  
 امر مهم يتسك به في التشخيص فان الدوار الناشئ عن اصابة مرضية  
 مضيقية لتسع الحفرة الخلفية من تجويف الجمجمة ينتج كما اثبتته (امر من)

ثبوتها واضحا عن حركات اهتزازية حقيقية في الجذع لا يدركها المريض  
ادراكا تاما بل تحدث اضطرابا في حساسية ثقله وكان ولا بد يحصل عند  
الشخص السليم وقت المنى او القيام حركات اهتزازية في الجذع لولا انها  
تعاق وتتعادل بانقباض العضلات الممددة للعمود الفقري والاميلة له الى  
احدى الجهتين فانه عند المشي المستقيم الثابت يعرف انقباض العضلات  
الممددة للعمود المذكور بتوتر جسمها وظهوره الذي يتم بالنعوذ المستطيل  
الغير المدرك وهذا النعوذ العميق للانقباض العضلي لحركات الجسم  
المخنا نيكية واهتزازه يكون مضطربا عند الاشخاص المصابة ببيورات  
مرضية مضيقية لتسع الحفرة الخلفية الجمجمية بدرجة عظيمة جدا حتى ان ذلك  
بعضه قول جرسنجر بان الخنيج منوط بالنعوذ العصبي للجذع واستقامة  
العمود الفقري واما ضعف الاحساس والحركة الذي يجمل المريض في حالة  
اهتزاز واضطراب بدون ان يرتقي الى درجة فقد الاحساس والشلل التامين  
فيوجه بأن الالياف العصبية الناشئة من المخ وبارة من الثقب القمعدوي  
العلوي الى الحفرة الجمجمية الخلفية ويتركها مارا من الثقب القمعدوي  
السفلي يعتبرها ضغط طالقة سيرها وبذا يحصل عوق في سر يان التنمية  
العصبي المركزي من الدماغ الى الاعصاب المحركة وكذا في سر يان التعنبيه  
الداثري من الاعصاب الحسية الى الدماغ واما اضطراب التكلم فيتضح  
بسهولة انه ليس ناتجا عن تناقص في المفكرة لاعدم القدرة على وجود الفاظ  
مطابقة لافكار المريض بل عن عدم التمكن من اجراء الحركات الضرورية  
للتكلم الواضح بسرعة وانطلاق واما اضطراب الازدراد فهو عبارة عن  
صعوبة فيه وغالبا يحصل للمريض ما يسمى بالشرق حال الشرب ومن المشكوك  
فيه هل اضطراب النطق والازدراد ناتج عن عوق فعل كل من العصب  
اللساني او اللسان البلعومي الحاصل في منشأ كل من احد هذين العصبين  
او فيهما معا بواسطة البورات المرضية المضيقية لتسع تجويف الجمجمة  
السكائنة في الحفرة الخلفية منها ثم انه ينضم للاعراض المذكورة ظواهر  
مرضية عصبية موضعية ناتجة عن اصابة احد الفروع العصبية وان وقع  
الضغط على محل تفهم الاوردة الدماغية العظيمة في الجيب المستقيم وحصل

عوق في استفرغ دم الجيوب الدماغية انضم لذلك ظواهر استسقاء دماغي  
 مزمن وسبباً في بيان ذلك عند الكلام على ادوام الخنج ونزاجانه هو  
 والحذبة الخفية والتخاع المستطيل وعند الكلام على الاستسقاء الدماغى  
 المزمن ايضا فالتعرض هنا للذكر الظواهر المرضية التي تشاهد عند  
 وجود بورات مرضية مضيقة لتوسع تجويف الحفر الخلفية من الجمجمة مهما  
 كان نوعها واختلف مجلسها

### المعالجة

المعالجة الانيميا الجزئية وتتركز الدماغ لا يتحصل منها على فائدة عظيمة فانه  
 في احوال السدد الذاتية والسيارة في شرايين الدماغ لا يمكن تجنب حصولها  
 ولا ازالة العائق المانع لوصول الدم بوساطة علاجية فعلى الطبيب حينئذ  
 مساعدة تكون دورة تفرعية جانبية على قدر الامكان بدون ان يعرض  
 المريض لاطار جديدة بواسطة احتمالات تواردية تفرعية جانبية قوية  
 واتمام هذه الدلالة صعب ومن الجائز احداث الضرر في هذه الحالة بدلا عن  
 المنفعة وكما كانت ظواهر الشلل الجزئى واضحة مستعصية بدون ان ينضم  
 لها ظواهر تخرج كما كانت الطريقة العلاجية المقوية المنبهة اكثر جودة  
 ومنفعة وعلى حسب ذلك نرى انه يوصى في جميع احوال لين لدماغ استعمال  
 الوسائط المنبهة واما ان طرأت ظواهر التبريد الناتجة عن احتقان تواردى  
 وحصلت آلام شديدة في الرأس وانقباضات عضلية ونحو ذلك فيوصى  
 باستعمال التبريد على الرأس وتكرار ارسال العاق خلف الاذنين والمحولات  
 على القناة المعوية وان كانت ضربات القلب سريعة وفي حالة تنبيه او تقطع  
 وجب تلطيفها باستعمال الديجيتال بخلاف ما اذا كانت ضعيفة والنبض  
 صغيرا فتستعمل الوسائط المنبهة كالنيبيذ والاقوير وغير ذلك واما  
 الاستغراغات الدموية العامة فينبغي غاية الاحتراس في استعمالها فانه كثيرا  
 ما يدعيها الهبوط والشلل فعلى حسب ما قررناه لا يمكن وضع قواعد عامة  
 في معالجة هذا المرض وانما تكون المعالجة مطابقة للحالة الشخصية الراهنة  
 واما معالجة الانيميا الدماغية الجزئية الناشئة عن الاوذيا التفرعية  
 الجانبية وعن انضغاط الاوعية الشعرية فستتكام عليها عند الكلام على

تلك الامراض البورية التي ينضم اليها هذا الشكل من الانيميا الدماغية

( المبحث الخامس )

( في النزيف الدماغى المعروف بالسكتة الدموية )

( وعند العوام بالنقطة أو الفالج )

يعنى بالسكتة الدماغية الفقد الفجائى المتفاوت الدرجة فى الوظائف الدماغية وقد يميز لذلك عدة اشكال على حسب كون شلل الدماغ ناشئاً عن انسكاب دموى او ارتشاح مصلى او تغير مادى مدرك او غير مدرك فى الجوهر الدماغى فتسمى حينئذ بالسكتة الدموية أو المصلية أو العصبية أو نحو ذلك والذي تتكلم عليه هنا هو السكتة الدموية أعنى اصابة الدماغ المتعلقة بتمزقات وعائية و انسكاب دموى سواء نجم عن ذلك اعراض شلل فجائى فى الوظائف الدماغية أم لا

\* ( كيفية الظهور والاسباب ) \*

الانزفة الدماغية تكاد تحصل على الدوام من الاوعية الشعر يانبية الدقيقة او من الاوعية الشعرية للدماغ وتارة تنشأ عن تغير فى جدران الاوعية المذكورة أو فى جوهر الدماغ المحيط بتلك الاوعية او عن ازدياد ضغط الدم الواقع على جدرانها والغالب حصول النزيف من اجتماع جملة من تلك الاسباب فاما تغير جدران الاوعية الذى يتعلق به غالباً بتمزق جدرانها فهو الانتهاء الاعتمادى للالتهاب الشريانى المشوه وكثيراً ما يحصل ذلك فى سن الشيخوخة كما به عليه ابو قراط حيث ذكر ان اكثر ما يحصل هذا المرض بعد سن الاربعين وكذا الاستحالة الشحمية البسيطة لجدران الاوعية غير الناتجة عن حالة التهايبية فيها وتوجد عند الاشخاص الرديئى التغذية والمصابين بالخلاخى وز فائرها تؤدى الى سهولة تمزق جدران هذه الاوعية ولندكر هنا ان هذه الاستحالة تشاهد بكثرة فى الرمة اكثر من السكتة ثم ان التمزق التام يحصل احياناً فى الطبقة الباطنة والمتوسطة قبل الظاهرة فتتدهد هذه الاخيرة بدفع الدم لها فينتج عن ذلك نوع تمددات اينوريزماوية صغيرة منتشرة وقد تشاهد احوال يحصل فيها تمزق جدران الاوعية بسهولة بدون ان توجد تغيرات مدركة فيها كما يشاهد ذلك بندرة فى اثناء نقاهة التيفوس

والنسيم الصديدي الحاد وسير الاسكر بوط

وقد ذكرنا في المبحث السابق ان اللين التنمكري لجوهر الدماغ وتلاشيه  
كثيرا ما يعقبه تزييف شعري في محيط البورة المرضية لسكن الاكثر في انتاج  
التزييف الدماغى هو ظهور جوهر هذا العضو بالتدرج لان ذلك يؤدي  
لتمدد الاوعية وتزوها فانها بظهور الجوهر الدماغى لا يمكن ان يتكون خلوة لذا  
كان كل من ازدياد السائل الفقري الدماغى وتمدد الاوعية ملازما للظهور  
الشيخوخى ووضوح هذا العضو يعقب كثيرا من هذه الامراض المختلفة ومن  
الجاثر ان حصول السكته الدماغية بكثرة عند التقدم فى السن منوط بهذا  
الامر كما ان ميل هذه السكته للسكتات المتعلقة بظهور الدماغ الناتج عن اول  
نوبة منها

واما ازدياد ضغط الدم على جدر الاوعية وهو الرئيس فى احداث هذا المرض  
فيمشأ (اولا) عن جميع الاسباب المحدثة للاحتقان الدماغى كما ذكرنا ذلك  
فى المبحث الاول والثانى وكذا حصول نوبة السكته الدماغية عقب الافراط  
من المأكل والمشرب مدة تعاطيها يدل على ان الاحتقان الدماغى المتعلق  
بالامتلاء الدموى الوقتى كثيرا ما يكون أحد الاشكال الخطيرة للسكته  
الدماغية وزيادة عن ذلك فلضخامة البطين الايسر من القلب أهمية عظيمة  
فى احداث تفرق او عيبه الدماغ لاسيما شكل الضخامة الذى ينتج عنه  
الالتهاب الشريانى الباطنى المشوه المتمد فانه حينئذ يكون الخطر مضدوجا  
وهو هشاشة جدر الاوعية والضغط المتزايد للدم الواقع عليها وينضم لذلك  
ان جريان الدم فى الشرايين الصغيرة يكون مستويا بحيث ان توتر جدرها  
يكون فى اثناء حركة انقباض القلب وانبساطه مستويا تقريبا وفى الاستحالة  
الاثير وما تثير به المتمددة تكون تلك الاوعية نابضة بحيث يعترى جدرها  
فى اثناء كل حركة انقباض قلبى ازدياد عظيم فى التوتر الطبيعى المتوسط  
الشدة ومن الواضح ان هذا الامر يعين كذلك على سهولة تفرق هذه  
الاوعية المريضة فتعلق التزييف الدماغى بالمضاعفة التى نحن بصددها كثيرا  
جدتا حتى انه فى الحالة الراهنة يرتسكن ولا بد فى تشخيص هذا المرض على  
اثبات وجود ضخامة فى البطين الايسر واستحالة اثر رمانثريه فى جدر

## الشرايين

ثم ان السكتات الدماغية تحصل في كل فصل من السنة لكن أحيانا تحصل  
بجملة احوال من هذا المرض مع بعضها في آن واحد بدون معرفة السبب كما انها  
تساهد في أي وقت من اوقات النهار حتى فعلت بعض تقاويم على كثرة  
حصولها في اثناء ساعات الصباح والظهر والمساء والسن المتقدم وان كان  
اكثر عرضة لهذا المرض فقد يشاهد في الاطفال والرجال اكثر مما يراه عن  
النساء ولا توجد هيئة سكتية متصفة ( كما يقال ) بقصر العنق وعرض الكنفين  
\* (الصفات النشربجية) \*

التزيف الدماغى يكون اما شعريا او مكونا لبورة زيفية على حسب كون  
التزيف مكونا لانسكابان صغيرة متقاربة لبعضها واللبورة عظيمة  
ففي التزيف الشعري يظهر جوهر الدماغ في محل كثير الامتداد اوقليله  
منقطا بلون محمر يميل للسمره بواسطة الانسكابان الدموية النقطية الصغيرة  
وجوهر الدماغ السكائى بين هذه الانسكابان يكون اما حافظا للونه وقوامه  
الطبيعيين او مولونا بلون محمر او مصفر بحسب اختلاف درجة تسمره او يكون  
مسترخيا رطبا او مستحيلا الى عجينة رخوة مختللة بالانسكاب الدموى  
وهذا ( ما يسمى باللين الاحمر )

واما البورات الدموية فان كانت صغيرة كانت فيها الياف جوهر الدماغ  
متباعدة عن بعضها وان كانت عظيمة الاتساع فاليفاف هذا العضو تنبدد  
وتتلاشى وتختلط بالدم المنسكب ففي الحالة الاولى يكون شكل البورة  
مستطيلة على حسب اتجاه الياف الدماغ وفي الحالة الثانية يكون شكلها  
مستديرا أو غير منتظم وجدر البورة في الحالة الاولى تكون ملساء وفي الحالة  
الثانية تكون غالباً مشرذمة ومحاطة بطبقة من جوهر الدماغ سماكها بعض  
خطوط مر تشبه بالدم وقوامها العجيني وعظم البورة يختلف فيكون من حجم  
حبة الشهدانج الى قبضة اليد وان كان وضع البورة قريبا من أحد الجيوب  
الدماغية ثقب جدره وانسكب الدم فيه غالباً واما اذا كانت موضوعة  
بقرب سطح هذا العضو انثقب جوهره القشرى والأم الحنون وانسكب  
الدم في الخلايا تحت العنكبوتية والغالب انه لا توجد البورة واحدة في

الدماغ ويندر وجود عدة منها ومجلس هذه البورات السكتية الاجسام  
 المضلعة والاسرة البصرية والجوهر النخاعي للنصفين الكريبيين واول من ذلك  
 حصولا وجود البورة السكتية في الجوهر القشري للمخ وفي المخيخ والقنطرة  
 ويندر جدا وجود هذه البورات السكتية في الاجسام التوأمية والنخاع  
 المستطيل ولا تكاد توجد بالسكتية في الجسم المندمل ولا المتهيج ثم ان متحصل  
 البورة السكتية الجديدة يتسكون من دم ومن جوهر الدماغ المتلاشي والدم  
 اما ان يكون سائلا او مكابدا للانعقاد وحينئذ تكون المادة الليفية متراكمة  
 على دائرة البورة والدم السائل في مركزها وعما قليل يكابد متحصل  
 البورة وجدرها تغيرات مخصوصة فان مادة الدم الليفية والجزئيات الدماغية  
 المتلاشية المختلطة به تستحيل الى مادة لا شكل لها وبصير متحصل البورة سائلا  
 ولونه الاحمر المعمر سنجابيا ثم زعفرانيا مصفرا وتكون من المادة الملونة للدم  
 مواد يجمنية او بلورات وحينئذ تتكون طبقة من المنسوج الخلوي بين اليب  
 العصبي للدماغ والبورة السكتية وبذلك تتكون طبقة سميكة نديسة تحيط  
 بالبورة وتكيسها كما انه يتكون في باطن البورة الياف خلوية رقيقة تبطن  
 جدر البورة من الباطن وتقدم من احد الجدر الى الآخر ثم بعد زوال عناصر  
 الانسكاب الدموي وامتصاصها وتلاشيها تملئ البورة بمادة سائلة مصلية  
 وحينئذ يوجد في باطن الدماغ تجويف ممتلئ بسائل شفاف ومحاط بجوهر  
 خلوي ندي ومبطن بالياف خلوية رقيقة ملونة بلون مصفر يجمنتي وهذا  
 ما يسمى بالكيس السكتي وهذا الكيس يبقى على الدوام غالبا لم يكن  
 احيانا يمتص سائله وتتقارب جدره من بعضها ولا تكون منفصلة  
 الا بطبقة يجمنية وهذا ما يسمى بالنذب السكتية واما التهام البورات  
 السكتية الكائنة في الجوهر القشري فتختلف عن ذلك فان الانسكابات  
 الدموية السطحية العريضة الكائنة اسفل الام الحنونية تكابد عين  
 الاستحالات التي يكابدها دم البورات السكتية المركزية فالجينة الحمراء  
 تستحيل شيئا فشيئا الى مادة حمراء سنجابية ثم زعفرانية مصفرة هشة  
 محدودة من الاسفل بجوهر المخ المتسكثف ومن الاعلى بالام الحنونية  
 ثم تتكون اطخ عريضة متجذبة يجمنية يوجد اعلى منها نضج مصلى بملاء

المسافة الحسالية وانتماء التزيف الدماغى الذى يبناه به تجميعا لكن  
 فى بعض الاحوال لا يقتصر الالتساب المحيط بالبوررة والجزء الدماغى  
 المتلاشى على تسكونات جديدة خلوية بل يمتد فينشأ عنه تمسكات ولين فى  
 جوهر الدماغ اوتقبح فتستحيل البوررة السكتية الى خراج دماغى والاجزاء  
 الدماغية البعيدة عن محل الانسكاب الدموى توجد فى احوال الانسكاب  
 العظيم خالية عن الدم وكل ما كان الانسكاب عظيما كانت انبيها هذه  
 الاجزاء أشد وأقوى واما الانسكابات الصغيرة انشعيرة فليس لها تأثير على  
 توزيع الدم فى باقى اجزاء الدماغ واكثر ما تتمضج الانبياء فى النصفين الكرى  
 العظيمين اذا كانت مجلسا لانسكاب عظيم وحينئذ تكون المسافات  
 تحت العنكبوتية فارغة وتلافيف الدماغ منضغطة قليلا والميازيب قليلة  
 الغور وحيث ان الهيمية الغير المستوية لسطح الدماغ تنشأ على الخصوص من  
 وجود السائل الفقرى الدماغى ومن الاوعية المحتوية على الدم السائلة  
 بين التلافيف الدماغية فالسطح الظاهر للدماغ يظهر فى احوال الانسكابات  
 الدموية الدماغية العظيمة امس مستويا

والغالب ان تتغير تغذرة هذا العضو عقب اصابته بالسكتة الدماغية فان  
 تناقص القوى العقلية الذى يكاد يشاهد عند جميع المصابين بالسكتات  
 الدماغية ينشأ ولا بد عن حالة ضهور فى هذا العضو وتغير فى المسافة الممتدة  
 نحو الخناج الشوكى خصوصا اليانه المتعلقة بالبوررة السكتية

**\* (الاعراض والسير) \***

السكتة الدماغية تطرأ احيانا فجأة عند اشخاص سالمين من قبل وحيانا  
 تسبق بظواهر مرضية تحدث عند العوام بل والطبيب الرعب بكون  
 المريض مهددا بمحصول نوبة سكتية فالمرضى تشتمكى بالآلام فى الرأس وثقل  
 ودوار وطنين فى الاذنين وشرر أمام العين ونوب دوار ويضطرب نومهم  
 ويكونون فى حالة قلق وتمييج وينضم لذلك زمنا فزمنيا عرض مهمم وهو  
 الاحساس الوقتى بتهل وخدر فى أحد الاطراف وفقد وقتى فى القوة المذكرة  
 لبعض الالفاظ او الاعداد والشلل القاصر على بعض العضلات فالظواهر  
 السابقة للسكتة الدماغية هى عين الظواهر التى شرحناها فى المبحث السابق



وذكرنا انها اعراض الاحتقان الدماغي العام او الجزئي واعراض الانيميا  
الجزئية الناتجة عن استئصال في جدر اوعية الدماغ وهذا الامر يطابق  
بالكلية كثرة تعلق التزيف الدماغي تارة بازداد الضغط الباطني الواقع  
على جدر الاوعية الدماغية وتارة باستئصال مرضية في جدرها وعلى كل حال  
لا يمكن بت الحكم في الحالة الراهنة بان كان فقد الحساسية والشلل الجزئيين  
الوقتيين المعلنين بالنوبة السكتية والسابقين لها متعلقين بسد ذاتية في  
الوعية الصغيرة او بانزفة شعيرية وفي الحالة الاخيرة لا تمد حينئذ من  
الظواهر السابقة لهذا المرض

ثم ان تمدد الالياف العصبية المخية وتلاشيها سواء كانت متمسكة كما في  
الانسكابات الدموية العظيمة اولئذ كافي الانسكابات الشعيرية القليلة  
لا ينتج عنها كما ذكرنا سابقا نتائج لا واسطية أخرى الا شلل جزئي وحيث ان  
تمدد بعض اجزاء المخ وتلاشيها اسما الجوهر النخاعي للنصفين المكر بين  
العظيمين لا ينتج عنه اضطرابات وظيفية مدركة فمن الواضح ان الانزفة  
القابلة التي تحصل في هذه الاجزاء كغيرها من اصاباتها المرضية لا تدرك  
مدة الحياة احيانا

ثم اتناقد بيننا ان المجلس الكثير المحمول للانزفة الدماغية هو الجسمان  
المضامان والاسرة البصرية فتمتلك هذه الاجزاء اوقوائم المخ ينتج عنه شلل  
في نصف الجسم المقابل لها ومن السهل اثباته ان الشلل الحاصل من فساد  
تلك الاجزاء وتمدد هيا ينشا ولا بد عن انقطاع التواصل العصبي بين الاعضاء  
المنوطة بفعل الارادة والقوة المذكورة وبين الاعصاب المحركة والعضلات  
المتوزعة فيها واما قابلية التذكر والارادة فلا تكون مضطربة فانه بعد زوال  
النشبة السكتية التي ينطفي في اثنائها الادراك بالكلية ان امرنا المرضي  
بحركة اليد المنشلة شاهدنا انهم يستعينون لا تمام هذه الحركة باليد الغير  
المنشلة لان اليد المنشلة لا تستطيع الارادة عندهم دون اليد السليمة وهذا  
بدل على وجود الارادة عندهم باتمام تلك الحركة ومن جهة اخرى فكل  
عصب محرك في الجهة المنشلة متى اثر عليه التيار الكهربي يحدث ولا بد  
انقباضات عضلية في العضلات المتوزع فيها حينئذ يتضح ان ما يحصل في هذا

المرض انما هو انقطاع التوصيل بين الخلايا العصبية التي فيها يتم فعل الارادة  
 وبين الاعصاب المحركة التي لم تزل حافظة اقبالية تذيبها وهذا الانقطاع  
 في توصيل التأثير المحرك ليس له ادنى فعل في حركات الجهة المنثلة التي  
 لا تحصل بطريق الارادة بل بفعل الانعكاس فان المريض المصاب مثلاً  
 بسكتة دمية في النصف الكرى اليسارى والحاصل عنده شلل في الذراع  
 والخذ الايمن يحرك عند التنفس النصف اليميني من الصدر كما يسارى  
 منه كما ان الاتصال بين الاعصاب المحركة وبين الالياف والخلايا العصبية  
 التي تنبئه ببعض الافعال النفسانية لا يزل بانقطاع التواصل العصبي  
 الارادى الذى نحن بصدده والذي يؤيد ذلك ان مثل هؤلاء المرضى الذين  
 لم يكن لهم قدرة على فعل انقباضات عضلية ارادية في احدى جهتي الوجه  
 كحركات الضحك او البكاء اذا امروا بذلك يحركون هذه الاجزاء كالحالة  
 الطبيعية متى لم يريدوا الضحك أو البكاء بل وقد وافي حالة انفعال نفسانى  
 كما انه لا يترتب على انقطاع توصيل التأثير العصبي من الاجزاء المركزية  
 المنوطة بفعل الارادة الى الالياف العصبية المحركة انقطاع التواصل  
 بين هذه الالياف الاخيرة والالياف الحساسة بينها وبين غيرها من  
 الالياف المحركة ولذا التناجح حصول حركات انعكاسية او اشتراكية  
 بدون اضطراب بل ربما كان اسهل عما يحصل في الحالة الاعتيادية بحيث  
 يظهر ان تنبيه الالياف العصبية المحركة اذ لم يكن متعلقاً بالارادة  
 يحصل بسهولة عن الحالة الطبيعية بالفعل المنعكس ومن الواصف للشلل  
 الناشئ عن تهتك احد الاجسام المضادة أو الامرة البصرية كون هذا  
 الشلل قاصر على عضلات الاطراف والوجه الممتدة الى زاوية القم والانف  
 والى العضلات المنوطة بقدم اللسان ودفعه الى الخارج فان المرضى يكاد  
 يمكنهم المضغ في الجهة المنثلة واهدات ثمن في الجهة وغلق الاجفان ونقصها  
 واهدات حركات تامة في العينين ونحو ذلك لا يكون لهم قدرة على  
 تحريك الذراع او الرجل او اليد المنثلة الى أعلى ولو بقدر قيراط وتكون  
 زاوية القم ساقطة الى اسفل وطاقة الانف ضيقة وتارة يحصل انتفاخ في  
 الشدق عند كل حركة زفير كالقلاع المرتخى بخلاف الجهة السليمة فبها تكون

زاوية الفم من تقعره الى اعلى وطاقاة الانف متمددة وعند اخراج اللسان من الفم شوهد ميل طرفه الى الجهة المنشلة وماذاك الا لكون عضلات الجهة السليمة هي التي بانفرادها تدفع قاعدة اللسان وتعدد وفي غالب الاحوال يحصل مع السلل في النصف الجانبي فقد حساسية نصفية جانبية ايضا لكان هذا الاخير يزول عادة عما قيل من الزمن بالكفاية او معظمه وسير فقد الحساسية المذكورة وكذا التجارب المعلومة من ان الحيوانات لا تحس عند فساد كل من الجسم المضلع والاسرة البصرية وان قابلية الحساسية عندها بالآلام تستمر بعد ازالة الاجزاء المذكورة يؤيد ان فقد الحساسية الوقتي في الجهة المنشلة لا يكون متعلقا بلا واسطة بفساد الجسم المضلع او الاسرة البصرية بل بانضغاط الاوعية الشعرية لاجزاء الدماغ الكائنة أسفل منها الناتج عن الانسكاب الدموي

وعين هذه الاعراض الناتجة عن الانسكابات الدموية في الاسرة البصرية والاجسام المضلعة تحصل من انسكابات دموية في غير هذه الاجزاء من النصفين الكريين بشرط ان تكون غزيرة جدا حتى ان الاوعية الشعرية لتلك الاجزاء تنضغط بها وتبعها مما ينهاه في المبحث السابق في الكلام على الانيميا الدماغية الجزئية وتأثيرها في الوظائف الدماغية لا يستغرب كون هذه النتيجة واحدة ومطابقة بل من الواضح ان هذا ضروري والفرق الوحيد هو أن البورة السكتية العظيمة التي بها تتمتلك كل من الجسم المضلع والسرير البصري يخلفه فالج لا يزول بالكفاية وأما البورات الصغيرة في الاجزاء المذكورة التي لا تتمتلك بها اليافها وخلاياها العصبية بل تتباعد عن بعضها فقط فيخلفها شلل وقتي ومن هذه التجارب يستنتج ان الجهاز الموجود في الدماغ المنوط بتمنيبه الاعصاب المحركة متى تنبيهه بالارادة يكون مجلسه بلا شك في قسم الجسم المضلع والسرير البصري واما البورات السكتية العظيمة التي مجلسها في محال اخر من النصفين الكريين العظيمين فانه لا يندر ان يخلفها شلل متفاوت المدة فيستنتج من هذا السير ان الاوعية الشعرية للبورة المركزية المحركة تخلى عن الضغط بامتصاص الانسكاب ولو بهضا منه فير الدم منها ثانيا او ان الاوعية الصغيرة الجانبية في محيط جزء الدماغ

المتتمك التي امتدت الى مجامع البورة المركزية المحركة تزول عقب التثام  
البورة السكتية

واما الانكابات الدموية التي مجلسها الجوهر القشري للنصفين الكريين  
العظيمين اللخ التي تكاد تكون دائما مصحوبة بنزيف في جوهر الام الحنونة  
فقيم ما يحصل في بعض الاحوال لاجمعها شلل جانبي وهذا الاختلاف يتعلق  
بدرجة امتداد نتائج النزيف الدماغى نحو الباطن كما ذكرنا ذلك مرارا  
اعني بانضغاط الاعوية الشعرية او الوديمية التفضمية الجانبية بان كانت هذه  
النتائج امتدت الى الجسم المضلع والسرير البصرى او لوزيادة عن ذلك فانه  
يشاهد في هذا النزيف تشنجات عامة واضطرابات ثقيلة في الوظائف  
العقلية غالباً وحيث دلت التجارب على ان الاشخاص المصابين باشمالات  
متددة متقدمة في الجوهر القشري أو ضموره لا يظهر فيهم اضطرابات عقلية  
غالباً مادامت الاصابة قاصرة على جهة واحدة فكثرة وجود هذه  
الاضطرابات المذكورة في النزيف الجانبي لهذا الجوهر أى في احدى  
الجهتين منه توجهه ولا بد بان النزيف والتغيرات الاتهابية التابعة له في الام  
الحنونة التي لا صابتها ميل عظيم الى الامتداد قد امتدت الى النصف  
الكبرى الآخر

وأما انزفة القنطرة المخية فاما تؤدي بسرعة للهلاك مادام فيها بعض امتداد  
وأما نزيف الخنخاع المستطيل فانه يؤدي للهلاك عادة ولو كان قاصراً  
بالكافية وفي احوال النزيف القليل جداً في الجهة الجانبية من القنطرة  
يحصل فقد الاحساس وشلل في الجهة المقابلة وأما النزيف القليل لمركز  
هذا العضو فينتج عنه شلل من درج في الجهتين  
وفي الانزفة المخيخية يحصل غالباً شلل في الجهة المقابلة ومع ذلك فالفالج  
هنا لا يتعلق بلا واسطة من اصابة المخيخ فانه لا يشاهد عذب فساد هذا  
العضو الممتد شلل غالباً

ولا يجوز الظن لاختلاف المحال التي تشاهد فيها الانزفة الدماغية بان الشلل  
المتعلق بهذا النزيف يظهر صفات متغايرة في الاحوال المختلفة فان الواقع  
عكس ذلك اذ في معظم الاحوال يظهر تطابق عظيم واضح فانما تؤدي الى

الفالج المعلوم السابق شرحه ومن المهم جدا معرفة هذا الامر الذي يوجه  
 يكون أغلب الانزفة الدماغية (أعني في ٧ من ٨ طبقا للتقاويم الطبية)  
 في النصفين الكبرين العظيمن ولا سيما بقرب الاجسام المضاعة والاسرة  
 تحصل البصرية وهناك بعض استثناءات غريبة من الشلل النصفى  
 الجانبى اى الفالج ومن الشلل المتصالب تحصل فى انزفة النصفين الكبرين  
 ولا يعرف توجيه ذلك مع البيان ومع ذلك ينبغي ان نذكر انه فى العصر  
 المسجود الذى التفت فيه الى التغيرات الحاصلة فى الشرايين الدماغية لاسيما  
 سردها وتوضيح الاعراض بهما ان عدد هذه الاحوال الاستثنائية تناقص  
 تناقصا عظيما

وهناك نوع آخر من الاعراض المصاحبة للانزفة الدماغية يسمى باعراض  
 النشبة السكتية وهى لا تفقد الا فى الانسكابات الدموية القليلة ولا تتعلق  
 بدون واسطة بالاصابة الموضعية الجرحية لهذا العضول بتأثيرها على باقى  
 اجزائه وسنذكر ان مجموع هذه الاعراض المبرعنه بالنشبة السكتية هو  
 الذى يتبدئ به حصول النوبة السكتية فى غالب الاحوال او يعقب  
 فى النادر ظواهر الشلل التى شرحتها فيما تقدم ومن النادر ان يكون  
 حصول النوبة السكتية تدريجيا وهذا لا يحصل غالبا الا اذا كان حصول  
 التزيف بطيئا وفى غالب الاحوال بطرأ فجأة فكان المريض اصيبوا بضربة  
 فيسقطون على الارض دفعة واحدة صارخين ويكون الادراك مفقودا  
 بالسكية فى أثناء النشبة فتنتطفى قابلية الاحساس والحركة بالسكية  
 والعضلات الماصرة تكون غالباً منسلة بحيث يحصل كل من التبرز والتبول  
 بدون ارادة وأما الحركات التنفسية المتعلقة بالتحاغم المستطيل فهى التى  
 تقومها المرضى لكن الغالب ان تحصل حركات التنفس فى فترات عظيمة  
 وتكون غالباً عالية مخنجة وذلك لان الهامة المنسلة المسترخية تكون فى حالة  
 توج بواسطة الهواء وهى مهيئة المريض تكون مخصوصة واصفة وذلك لان  
 الشدقين المرتخين ينتفخان فى كل حركة زفير وكثيرا ما يحصل فى ابتداء  
 النوبة فى ويكون النبض بطيئا والحدقة ضيقة  
 والعادة ان توجه النشبة السكتية التى فيها تفقد جميع الوظائف الدماغية

بتسامها بالضغط الذي يحدته الانسكاب الدموي على الالياف والعقد  
 العصبية لجميع الدماغ ومع ذلك فمن الواضح ان هذا الضغط لا يكون مطلقا  
 أشد من الضغط الدموي الواقع على باطن الشرايين الدماغية فانه متى زاد  
 توزر الاجزاء المحيطة بالاوعية الدموية وصارت في قوة الضغط الواقع من الدم  
 على باطن تلك الشرايين لا يمكن الدم أن يسيل منها ومن المعلوم ان مثل هذا  
 الضغط لا يكون كافيا في ازالة قابلية تنبيه الالياف العصبية طبعا للتجارب  
 والملاحظات في الاعصاب الدائرية وأيضاً ما يأتي بنا في حقيقة هذا التوجيه  
 المشهور وذلك انه لو كانت ظواهر الشلل متعاقبة بالضغط الذي يعترى  
 ألياف الدماغ في السكتة الدماغية لنتج عن الفصد العام ازالة ظواهر الشلل  
 المذكورة لاني بعض الاحوال فقط بل في جميعها يشترط أن يستفرغ من الدم  
 كمية كافية حتى يتناقص الضغط الواقع على باطن جميع الاوعية لاسيما  
 الشرايين وزعم هرقل النافي أيضاً لتوجيه حصول ظواهر الشلل عقب  
 السكتة الدماغية بالضغط الواقع على هذا العضو أن الظواهر المذكورة  
 تتعلق بدرجة ارتجاج خفيفة يحصل في هذا العضو من النشبة السكتية  
 لكن فضلا عن كونه لا يمكن تصور حصول هذا الارتجاج في الانزفة  
 الدماغية غير الجرحية لا يمكن اثبات ذلك بالمشاهدات التشريحية ونحن  
 نوجه النشبة السكتية بالضغط الفجائي الواقع على الاوعية الشعرية  
 الدماغية وبالانيميا التابعية التي تحصل في جوهر هذا العضو وهذا التوجيه  
 يرتكز فيه الى انه في الانزفة الدماغية العظيمة لا يمكن فقط اثبات الانيميا  
 الدماغية بالصفات النشورية بل كذلك تتضح ايضا تاما مدة الحياة  
 بواسطة عرض مخصوص كان يفسر عادة خطأ وهو شدة نبض الشرايين  
 السباتية فان هذه الظاهرة ولو أنه من الممكن لكل انسان احداثها في  
 شرايين أصبغها بالف خيط قوى حول سلاميته تعتبر علامة على شدة توارد  
 الدم نحو الدماغ والحال انه لا يستدل منها فقط الاعلى عوق ورود الدم نحو  
 تجويف الجمجمة فجميع امراض الدماغ ولذا فانه التي ينتج عنها تضايق  
 في مدع تجويف الجمجمة بدرجة ياعتري ورود الدم في الاوعية الشريانية  
 الدماغية عوق عظيم كالانسكابات الدموية العظيمة وغيرها من الانسكابات

والارتشاحات والاورام تكون مصطحمة بازدياد ضربات الشرايين  
 السباتية فتي وجد هذا المرض بدون ضخامة في البطن الايسر وبدون  
 ازدياد الضربات الشريانية لغير هذا الشريان سهل بذلك في المسألة الراهنة  
 تشخيص آفة في الدماغ نشأ عنها تضيق في متسع تجويف الجمجمة وكثير من  
 تلامذتي تيسر له في الاكاديمية الخاصة بنا الثأ كد من حقيقة هذا التوجيه  
 ومن أهميته التشخيصية ثم اننا اذا اعتبرنا الاحوال الطبيعية للجمجمة  
 اتضح لنا ان الانبياء الدماغية لاسيما الشريانية لهذا العضو لا نشأ مطلقاً عن  
 تمزقات وعائية شعرية فان خروج الدم من هذه الاوعية المتميزة لا يمكن  
 استمراره متى حصل تعادل بين توتر متصل تجويف الجمجمة وبين الدم المنحصر  
 في الاوعية الشعرية ويطلق هذا التصور الامر المعلوم وهو فقط النسبة  
 السكتية في التزيف الدماغى الشعري وأمان تمزق وعاء شريانى عظيم ولم  
 يقف التزيف فان توتر جوهرا الاجزاء الدماغية المحيطة بالشريان المتزق  
 يصير مماثلاً وتتر الدم الموجود في باطن الشرايين وحيث ان توتر الدم في  
 الشرايين أعظم منه في الاوعية الشعرية فلا بد وان هذه الاوعية تنضغط فلا  
 يمر الدم فيها وينبى على ذلك ان النسبة السكتية تحصل على الدوام في الانزفة  
 الشريانية التي تؤدي الى حصول بورة دموية وان تأملنا بالادلة الى اعراض  
 النسبة السكتية السابق ذكرها لا تضح لنا انه في أثناءها تفتقد وظائف  
 النصفين الكريين فلا يكون عند المرضى احساس ولومع تأثير المهيجات  
 الدائرية الشديدة ولا يكون لهم قدرة على اجراء اى حركة ويفقدون الادراك  
 وأما اجزاء الدماغ المنوطة بحفظ الحياة واستمرارها سيما التنفس فتبقى  
 مستمرة والظاهر ان ذلك ناشئ عن كون الشريفة الدماغية لا تقي النصف  
 الكرى المقابل وقاية تامة كوفاية خيمة المخيخ للثقاع المستطيل فيمتنع انضغاط  
 الاوعية الشعرية بواسطة ضغط الانسكاب الدموى ولذا ان الانسكاب  
 المذكور أسفل خيمة المخيخ يكون شديد الخطر مهما كان قليل السكمية فانه  
 في هذا التزيف تفتقد وقاية الثقاع المستطيل بحيث انه يفقد وظيفته بسهولة  
 بانضغاط او هيته الشعرية ومن المشكوك فيه كون بطء القلب وتنقص  
 سرعة التنفس وتضيق الحدة التي تشاهد في احوال الانزفة أعلى الخيمة

المخيفية مدة النشبة السكتية ناشئة عن كون العصب المتصير والمحرك للقلبة  
 يكونان في حالة تهييج متزايد من الضغط المستمر عاينها المتألف بواسطة الخيبة  
 المخيفية ام لا

فان لم يهلك المريض مدة النشبة السكتية بل افاق منها أعقب ذلك ببعض  
 أيام علامات تدل على حصول الالتهاب الدماغى المتفاوت الشدة وذلك  
 يتعلق بالاصابة الجرحية التي اعترت الدماغ من الانسكاب الدموى ولذا  
 يعتبر هذا الالتهاب جرحيا واعراضه ان لم يرتق الى درجة شديدة بل ادى  
 فقط الى تكونات خلوية جديدة حول البورة هي سرعة في النبض وغيرها  
 من الظواهر الحمية والم في الرأس وشرا مام العين وهذيان واهتزازات  
 عضلية وانقباضات عضلية في الاجزاء المشللة وعما قليل تزول هذه الظواهر  
 المعبر عنها بظواهر رد الفعل ويعود المريض لحاله الصحية ولا يبقى معه غير  
 الشلل واما اذا ارتقى الالتهاب لدرجة عظيمة جدا في محيط البورة السكتية  
 ادى ذلك الى لين التهاى ممدد فينضم للظواهر المذكورة ظواهر الشلل  
 العموى ويهلك المريض بسبب شدة الاعراض المذكورة المسماة بظواهر  
 رد الفعل

ثم انه باختلاف عظم البورات الدموية وهددها ومجسها وسرعة  
 حصول الانزفة أو بطئها وشدة ظواهر الالتهاب الدماغى المحيط بالبورة  
 أو خفتها ينشأ اختلاف عظيم جدا في سير الانزفة الدماغية غير اننا لنذكر  
 الا الرئيس منها

فمنها الشكل المرضى السكتى الكثير الحمول الذى ينشأ عن الانزفة الدماغية  
 العظيمة أو عن حصول انزفة دماغية متعددة وهوانه بعد حصول ظواهر  
 مرضية سابقة او بدونها تحمل النشبة السكتية فجأة ولا يفيق المريض  
 منها بل يمتد الشلل الى الفصاع المستطيل فيصير التنفس غير منتظم  
 والنبض متقطع غيرا والحدقتان ممددتين ويهلك المريض بعد قليل من  
 الدقائق او الساعات (وهذا ما يسمى بالشكل الصاعى للسكتة)  
 وهناك شكل ثانى اكثر حصولا من المتقدم وهو ينبج أيضا عن انسكاب  
 دموى مربع غير انه قليل الامتداد جدا في الشكل السابق وفيه تشاهد



النوبة السكتية ايضا والبحث عن المريض الفاقد للادراك ومشاهدة جهة  
الوجه المنقبضة واسترخاء عضلات احدى الجهتين وتمدد احدى الحدقتين  
يعرف في اى جهة يكون الشلل ثم بعد بعض دقائق او ساعات أوفى اليوم  
الثانى يستيقظ المريض ندى بجمان حالة الكوما غير ان نطقه يكون غير واضح  
وشلله الجانبي باوصافه السابقة يصير كثير الظهور ثم تظهر اعراض التهاب  
الدماعى الجرحى فى اليوم الثانى او الثالث وبعد زوال الاعراض  
المذكورة اخيرا يبقى عند المريض مدة حياته شلل نصفي جانبي ولوان  
جزء الشلل المتعلق بالحالة الاوذيماوية المحيطة بالبوررة السكتية يزول مع  
الزمن شيئا فشيئا

وفى احوال اخرى خصوصا عقب تردد التزيف بعد زواله وانقطاعه  
واستمر ارجو وجه بكيفية قليلة يتلبس المرض بالشكل الآتى وهو انه يبتدئ  
بنسبة سكتية يستيقظ المريض منها بعد بعض دقائق ولم يبق عنده الا الشلل  
النصفي الجانبي بحيث يتعشم فى شفائه الا انه بعد مضي بعض ساعات يبتدئ  
اضطراب الادراك ثم يزول بالكلية ولا يعود ثانيا فإليك المريض فى حالة  
كوما

وهناك شكل رابع فيه يحصل التزيف ببطء ويكون قليلا جدا فى الابتداء ثم  
يتزايد شيئا فشيئا حتى يصير عظيما وفى هذا الشكل لا يبتدئ المرض بظواهر  
النسبة السكتية بل يبتدئ بالشلل النصفي الجانبي ثم ينضم لذلك فيما بعد فقد  
الادراك وباقى اعراض الشلل الدماغى وحيث انضج لك المهم فى هذا المقام  
فلا حاجة بعد ذلك لاطالة الكلام وذكرك جميع التفرعات التى تنجم عن شدة  
ظواهر التهاب رد الفعل فى محيط البوررة السكتية وعن اختلاف درجة ظهور  
الدماغ الجزئى التامى للبوررة السكتية

### المعالجة

اما المعالجة الواقية للسكتة الدماغية فتحيلها على ما ذكرناه فى البحث الاول  
والرابع من هذا الفصل فانها تتدعى عين الوسائط التى اوصيناها فى  
معالجة الاحتمان الدماغى والاضطرابات الدورية الناتجة عن تغير مرضى  
فى الشرايين وينبغى لكل مريض نجح من هذا المرض ان يتجنب جميع

الاسباب التي بها تمثلي اوعية الدماغ وتهدد مع غاية الاحتراس وعلى  
 الخصوص يتجنب الافراط من المأكل ويحتمد في اطلاق البطن  
 واما اذا حصل التزيف الدماغى فينبغى الاجتهاد في ايقافه ثم في امتصاص  
 الدم المنسكب ومساعدة تكوين النديبة السكتية غير اننا نعرف بجذنا في  
 هذا الخصوص ونذعن بانه ليس عندنا وسائل موصلة لمنع التزيف  
 ومساعدة امتصاصه وسرعة تكوين النديبة السكتية ونقتصر حينئذ في  
 معالجة التزيف الدماغى على مقاومة الاعراض الخطرة ما يمكن وكثير من  
 المرضى المصابين بنشبة سكتية من يعوده ادراكه عقب فعل القصد الوريدي  
 العام فيظهر حينئذ انه يمكننا بواسطة اجراء القصد منع تقدم شلل  
 النصفين الكريين وامتداده الى الاعضاء العصبية المركزية الضرورية  
 لاستمرار الحياة كالخاع المستطيل ومن جهة أخرى يكون احيانا القصد سببا  
 قويافى سرعة الانتهاء المحزن اذا فعل مدة النشبة السكتية فانه يحصل عقب  
 الفقد الدموى حال الانحطاط عموى وهبوط عظيم لا يكاد يفيق المريض منه  
 وقد ذكرنا فيما تقدم انه ينبغى ان يكون القصد نافعا في جميع الاحوال  
 لو كانت العلامات المقول عنها انها اعراض انضغاط الدماغ ناتجة حقيقة عن  
 الضغط الذي يعترى هذا العضو عقب الانسكاب الدموى وذكرنا أيضا ان  
 عدم نجاح القصد في كثير من الاحوال ينافى هذا التوجيه فطبقا لما ذكرناه  
 في توجيه النشبة السكتية يتضح لنا ان القصد يكون نافعا جدا في بعض  
 الاحوال وخطار اجدا في بعضها فعلمنا ان تبين دلالات استعماله أو عدمها  
 في الاحوال المختلفة فنقول

لاجل دخول كمية كافية من الدم البشر يافى في الدماغ ينبغى الاجتهاد في  
 سهولة است فراغ الدم الوريدي منه بدون اضاف ضربات القلب وقوته  
 الدافعة فان كانت ضربات القلب قوية والغطاء واضحة والنبض منتظما  
 ولم يوجد عند المريض علامات ابتداء الاوذيميا الرئوية وجهد المبادرة  
 باجراء القصد بدون تأخير مع ملاحظة تأثير القصد الدموى ومراعاة وضع  
 الرأس مرتفعا وخفض حرارة اودة المريض واستعمال المنبهات الجلدية  
 والحقن المسهلة المهيجة والوضعيات الباردة وكل من الاستفرغات الدموية

الموضعية كارسال العلق خلف الأذنين أو على الصدغين أو وضع المحاجم  
التشريطية على القفا لايجل محل الفصد العام بل يساعده فقط على تأثيره  
ونجاحه واما اذا كانت ضربات القلب غير قوية والنبض غير منتظم ووجد  
عند المريض خراش شعبية كان ضرر الفصدا كيدا فانه يضعف ضربات  
القلب زيادة عما هي عليه ويقل توارد الدم الشري يأتي في الدماغ فان حصلت  
الاعراض المذكورة اخيرا استدعت دلالات المعالجة العرضية ولو كان  
المرض الاصلى واحدا معالجة مصادة لذلك كاستعمال الوسائط المنبهة والمقوية  
لاجل مقاومة شلل حركات القلب فان لم يمكن اعطاء المريض في مثل هذه  
الاحوال ادوية منبهة من الباطن كالنيبيذ والايثير والمسك ونحو ذلك وجب  
استعمال الوضعيات الخردلية العريضة على الصدر والساقين وذلك الجلد  
دسا كاجيدا وصب الماء البارد على الصدر او بعض نقط ذاتية من الشمع  
الاحمر عليه لکننا نعترف بان الصورة المرضية التي نشاهد ها غالباً على  
سرير المريض لا تكون واضحة كل الوضوح في جميع الاحوال بحيث يستنتج  
منها دلالات علاجية واضحة لا تباع احدى الطر يقين المذكورتين بل  
الغالب وجود احوال متوسطة فيها يعسر كثيرا على الطبيب ولو الماهر  
استعمال احدها او حينئذ فالأوفق في مثل هذه الاحوال استعمال طريقة  
علاجية لطيفة

وعند ما يهود المريض لادراكه من الشبهة السكتية يقتصر على استعمال  
تدبير غذائي خفيف لطيف غير منبه وحفظ البطن مطبوقة وتعطية الرأس  
بهد حلقها بالمكمدات الباردة لاجل منع حصول التهاب رد الفعل القوي  
وهي حسب درجة اعراض هذا الالتهاب يداوم بالمعالجة السابق ذكرها مع  
مساعدتها بواسطة مسهل قوى او تكرار ارسال العلق خلف الأذنين واما  
تكرار الفصد في هذا الدور فلا منفعة له بل هو مضر وعند تلطيف الظواهر  
الحية يؤمر فيما بعد للمريض باستعمال المحولات على القفا بواسطة الحراريق  
او المرهم المنفط ولا ينبغي المداومة على استعمالها فيما بعد

ومتى زال دور رد الفعل الالتهابي وتحسنت حالة المريض بالسكلية ولم يبق  
عنده الا الشلل ينبغي صيانته عن استعمال بعض الجواهر الدوائية القوية

التأثير كالأستر كنين والارنيكا وغيرهما فان نجاح هذه الادوية ليس  
 مؤسسا على نظريات عقلية ولا ثابت بالتجارب بل يقتصر على التدبير الغذائي  
 اللطيف وحفظ البطن طلاقة ووضع المريض في اوساط صحبة جيدة ويمكن  
 ارسال المرضى الاغنياء الى المياه المعدنية المقوية الحديدية كما ولدباد  
 وجستين وفيه يروا جانس ولا يتصور انه بواسطة استعمال هذه المياه  
 تستعاض الالياف العصبية الدماغية المتهتكة غير ان التجارب دلت على ان  
 الشلل الناتج عن امراض في الدماغ او النخاع الشوكي يتحسن تحسنا جيدا  
 باستعمالها وما يقرب للعقل ان هذا التحسين يحصل بتأثير هذه المياه في  
 الاتهاب المحيط بالبورة السكتية وجزء الشلل المتعلق به  
 ولا ينكر أن الشلل السكتي يتحسن عادة باستعمال الاجهزة الكهربية  
 المتقطعة الطيبة ويوجه ذلك بأن التهرب الجلواني الموضعي من الوسائط  
 القوية لاعادة الفعل العضلي فانه باستمرار الشلل زمنطو ولا يحصل ضعف  
 عظيم في العضلات بسبب ابتداء ضمورها وضعف قابلية تنبيه الاعصاب  
 المتوزعة فيها وكتاهاتين الحالتين ينفع فيهما نفعا جيدا التنبيه التدريجي  
 للاعصاب بواسطة الجهاز الكهربي الطبي ولذا يفضل هذه الوسطة عن  
 جميع الدلكات المنبهة المأخوذة من المراهم أو الصبغات لكن لا ينبغي  
 المبادرة باجراء هذه الوسطة العلاجية القوية الا بعد زوال اعراض  
 الاحتمقان المحيط بالبورة السكتية وتمام التئامها فلذا لا تستعمل الا في  
 الاسبوع السابع أو الثامن من ابتداء حصول النشبة السكتية فان المبادرة  
 باجراء هذه الوسطة مضر للغاية كما ان تأخير استعمالها يترتب عليه ولا بد ضمور  
 في العضلات الفاقدة لانقباضها وفعالها زمنطو ولا وعلى كل فليحترس من  
 استعمال تيار كهربي قوى كما يميل لذلك بعض الاطباء غير المتبرنين

(المبحث السادس في التزييف السحائي المعروف بالسكتة)

(السحائية وبالورم الدموي للام الجافية)

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

انزفة الالفائف الدماغية بقطع النظر عن الانزفة الجرحية التي من ضمنها  
 الانزفة التي تحصل مدة الوضع نادرة واغلب الانسكابات الدموية التي

تحصل في المسافات تحت العنكبوتية أو بين الام الجافية والعنكبوتية تنشأ  
عن الانزفة الدماغية التي تثقب السحايا وازيادة على ذلك فقد تعلق الانزفة  
السحائية بمزق بعض الاورام الابنورزماوية او بعض الشرايين السحائية  
المكبدة لاستحالات مرضية وهناك احوال اخر لا تعرف فيها اسباب  
الانزفة السحائية

ثم ان التجمعات الدموية العظيمة المتكيسة التي كثيرا ما تشاهد عند فعل  
الصفات التشرحية على السطح السفلي من الام الجافية لا تعتبر مجرد  
انسكابات دموية تكاثفت المواد الليفية حولها وكبرت جزءها السائل  
كما كان يظن سابقا بل هي تبع الما ذكره المعلم ويرجوف بقايا اثر الالتهاب  
المزمن للام الجافية (أى التهاب السحايا السميكية) مصحوبا بارتشاح دموى  
وسمى المعلم ورجوف هذه الاكياس الدموية باللورم الدموى للام الجافية  
والدم المالى لهذه الاكياس يأتي من الاوعية الشعرية العديدة المتسعة  
الرفيعة الجدران التي تتكون في خلال الاغشية الكاذبة للام الجافية  
في هذا الشكل من الالتهاب المزمن وينسكب في المسافات الكائنة بين  
طبقات هذه الاغشية الكاذبة واسباب هذا الالتهاب السحائي للام الجافية  
المصحوب بانسكاب دموى ليست معروفة جيدا واكثر ما يشاهد هذا المرض  
عند المتقدمين في السن والمصابين بامراض عقلية والسكرارى ويظهر أحيانا  
ظهورا ذاتيا كمرض قائم بنفسه وأحيانا يكون تابعا لبعض الاصابات الجرحية  
في الجبهة وفي الحالة الاخيرة كثيرا ما يمتد بين الاصابة الجرحية والاعراض  
الاول للورم الدموى السحائي زمن طوله بعض سنين (تبع الحار بسنجر)

\*(الصفات التشرحية)\*

متى كان الدم منسكبا في المسافات تحت العنكبوتية يشاهد على هيئة طبقة  
ممتدة على السطح الظاهر من النصفين الكريين العظيمن والمخنج ولا يمكن  
نزع هذا الدم المنسكب وطرده بواسطة ساسول ماء مادامت العنكبوتية غير  
ممزقة وفي العادة يصل جزء من الانسكاب الى الجيوب الدماغية فيوجد  
فيها جزء عظيم او قليل من الدم وفي الانسكابات الدموية الكائنة بين الام  
الجافية والعنكبوتية يكون الدم المنسكب غزيرا للغاية ويتركه معظمه

على خيمة المخنج وفي قاعدة الجمجمة ومن هنا ينفذ في القناة النخاعية وقد  
توجد هذه الانسكابات أيضا على السطح المحذب للنصفين الكريين  
ويمكن ترعها عنهما بسهولة بواسطة سلسول ماء وفي كلا هذين الشكايين من  
التزيف السحائي تكون التلافيف الدماغية مفرطة وجوهر الدماغ  
أنيابا أو تكون طبقات جوهر الدماغ المجاورة للانسكاب الدموي مرشحة  
بالدم لينة

وأما الورم الدموي للام الجافية فيجلسه غالباً بالبحوار التدربر السهمي ويكون  
على هيئة كيس مفرط يضاوي الشكل وكثيراً ما يكسب حجماً عظيماً بحيث  
يصير طوله من أربعة قراريط إلى خمسة وعرضه من اثنين إلى ثلاثة وسهكه  
نصف قيراط وجدر هذا الكيس متلونة بلون صدأى بسبب ارتساحها بالمادة  
الملونة للدم ومتحصلة يكون متكوناً من دم سائل أو من عقد أو من لطخ دموية  
وسخنة والنصف الكري الدماغى المقابل لهذا الكيس يكون اما  
مفرطاً ومنبجماً ولا يندراى يكون الورم الدموي للام الجافية مزدوجاً  
وكثيراً ما يشاهد ابتداء التهاب السحائى التزيفى للام الجافية وذلك انه  
يشاهد على السطح الباطن للام الجافية في بعض الصفات النشربجية طبقة  
من منسوج خلوى رقيق جديد التكوين متلونة بمادة بجمنتية مصفرة  
او مسهرة وملتهقة بسطحها التصاقاً متيناً

**\* (الاعراض والسير) \***

الانزفة التي تحصل في المسافات تحت العنكبوتية أو على السطح السائب  
من هذا الغشاء لا تعتبر من الاصابات المرضية ذات البورة للدماغ بل من  
الاصابات المنتشرة لهذا العضو ولذا انه تفقد في هذا الشكل من الانزفة  
الاعراض البورية الواصفة للتزيف الدماغى لاسيما الفالج الم يكن مضاعفاً  
بترزيف دماغى لكن النسبة السكتية في هذا المرض تكون ثقيلة للغاية وذلك  
لان التزيف السحائى يكون غزيراً غالباً وممتد على كلا النصفين الكريين  
وكثيراً ما تحصل النسبة السكتية فجأة بدون ظواهر مرضية سابقة والمرضى  
تهلك بظواهر السكتة الصاعقة التي ينهاها في المبحث السابق وعندما يكون  
سير هذا المرض بهذه الصورة لا يمكن تشخيصه الامع التقريب ويرتكب في

ذلك الى فقد ظواهر الشلل الجانبي الذي يوجد غالباً في أحوال التزيف  
 الدماغى ولو في الاشكال الثقيلة من النسبة السكتية وفي أحوال أخر تسبق  
 النسبة السكتية في هذا الشكل من التزيف السخائي بالآلام شديدة في  
 الرأس وتشجات عامة وحيث ان هذه الظواهر لاسيما الاخيرتين لا تشاهد  
 في احوال التزيف الدماغى الا بكيفية استثنائية وتكثر مشاهدتها في  
 احوال الاصابات المرضية الممتدة على محذب النصفين الكريين فلا بد  
 وان يحكم منها ومن فقد كل اثر من الشلل الجانبي مع التأكيد على ان  
 التزيف ليس دماغياً بل سخيائياً

والورم الدموى للام الجافية يسير في كثير من الاحوال باعراض  
 لا يمكن فهم معرفة هذا المرض مع التأكيد متى ظهر هذا المرض عند  
 المصابين باعراض عقلية كما هو الغالب فلا يتيسر تشخيصه ولو بكيفية  
 تقر بية وفي احوال أخر يجوز تشخيص الورم الدموى للام الجافية مع  
 تأكيد متفاوت من العلامات الآتية التي يه عليها جريسي - مخرفتي وحدث  
 ابتداء الآلام في الرأس محدودة في القسم الجدارى والجبهة وارتقت هذه  
 الآلام تدريجياً الى درجة غير مطابقة وكانت هذه الآلام هي المسكبات  
 الابتدائية التي تتشكى المرضى منها وكان هنالك زمن بين الظهور الابتدائي  
 لتلك الآلام وطرق وظواهر دماغية ثقيلة أخر وكان هذا الزمن ليس قصيراً  
 كفاي الامراض الحادة للدماغ وانما ثقفه ومن جهة أخرى اكثر قصر اعماق  
 أغلب الاصابات المرضية المزمنة لهذا العضو لاسيما الاورام الدماغية  
 المختلفة جاز القول بوجود التهاب سخيائي وحيث ان التهاب السخايا  
 الرخوة له ميل للسعي والامتداد ويسير حينئذ بالآلام رأسية ليست محدودة  
 بل منتشرة يظن ان الالتهاب مصيب للام الجافية ويقوى الظن بذلك فان  
 شكل الالتهاب السخائي الذي نحن بصدده يكون مجلسه عادة في المحل الذي  
 تتشكى المرضى فيه بالآلام وان كان الشخص المصاب منضاج مرض عقلي  
 قبل ابتداء الآلام او من المفرطين من المشروبات الروحية او ثبت انه  
 اعترته اصابة جرحية في الرأس قبل زمن متفاوت خصوصاً في قسم الجبهة  
 قوى الظن بان هناك التهاباً سخيائياً في الام الجافية وانما كتسبب بعض

نأ كيد ومن المعلوم ان شكل الاتهاب السهائي الذي نحن بصدده يؤدي  
 لانسكاب دموى عظيم مضيق بالسكية لمتسع تجويف الجمجمة وان الانسكاب  
 الدموى يتمكيس على احدى جهتي التندريز السهمي او عليهما معا فان انضم  
 فيما بعد لآلام الرأس علامات تدل على انضغاط الاوعية الشعرية للنصفين  
 الكريين العظيمين واضطرابات عقلية كمتناقص القوة المذكرة وتناقص  
 في حدة القوة التصورية وميل للنوم يرتقي فيما بعد لـ كما شال جانبي  
 يظهر تدرجاً ولا يكون تاماً واضحاً وجب ابتداء النظر بوجود الورم الدموى  
 للام الجافية دون غيره من الامراض الدماغية المختلفة التي يجوز القول  
 بها بعد حذف غيرها من امراض هذا العضو وحيث كان من الجائز  
 أن الورم الدموى للام الجافية يحصل فيه امتصاص الدم المنسكب  
 وزوال الضغط الواقع على الدماغ فكذلك يحصل من السير الجيد لهذا  
 المرض ومن شفاء المريض في الحالة الراهنة على الورم الدموى للام الجافية  
 وان حصل الانسكاب الدموى فجأة وليس يبطء كما في السير السابق ذكره  
 وكان التزيف غزيراً وقاصر على جهة واحدة سار هذا المرض بـ كيفية  
 مشابهة لـ سير التزيف الغزير لاحد النصفين الكريين العظيمين ولربما ظهر  
 من المستغرب عند البحث السطحي انه في احوال الورم الدموى للام الجافية  
 لاحدى الجهتين ولو الغزير الممتد لا يحصل أحياناً شال جانبي او لا يشاهد  
 الا بكيفية غير تامة لكن تنبه على ان الورم الدموى للام الجافية بحلته  
 ولا بد في المحل الذي فيه الضغط المتزايد الواقع على احد النصفين الكريين  
 العظيمين يمتد بسهولة الى النصف الكري الآخر بواسطة الاستطراق  
 المتسع الكائن بين الجيبين الجانبيين لاسيما ان كان حصول التزيف يبطء وقد  
 اعتبر جـ بـ من جملة اعراض الورم الدموى للام الجافية تضايق الحدقة  
 الذي يوجد على الدوام في هذا المرض وذهب الى ان هذه الظاهرة من جملة  
 اعراض التهيح للسطح العلوي من الدماغ وقد ذكرنا فيما تقدم عند الكلام  
 على الاصابات المرضية المضيق لمتسع تجويف الجمجمة توجهها آخر لتضايق  
 الحدقة ولو ان هذا التوجيه نظري ايضاً



﴿ المعالجة ﴾

في معالجة الانزفة السحائية تتبع القواعد العلاجية التي ذكرناها في معالجة النزيف الدماغى ولذا ينبغي التمسك بما ذكرناه في البحث السابق سيما وانه يعسر علينا التمييز القطعى بين الانزفة السحائية والنزيف الدماغى في كثير من الاحوال فان ظن تشخيص الورم الدموى للام الجافية وجب الايصاف في الاحوال الحديثة بارسال العاق خلف الاذنين ووضع المكمدات الجليدية على الرأس ويعطى للرضى مسهل شديدا فزمننا فزمننا ومن الجيد في الادوار الاخيرة لهذا المرض استعمال المحولان على القفا بواسطة الحراريق او المراهم المنقطة وقد تحصلت في حالتين شاهدتهما على نجاح عظيم بهذه المعالجة ومع ذلك فمن الجائز الخطأ في التشخيص في هذه الاحوال ولوان الاعراض واصفة بالسكية

\* (في التهاب الدماغ ولفائفه) \*

الامراض التي تتعرض لشرحها في المباحث الاتية هي أولا التهاب الام الجافية وجيوبها ثانيا التهاب الام الحنونية البسيط اى المصحوب بنضح قيحي ليني ثالثا التهاب الدرني لهذا الغشاء مع الاستسقاء الدماغى الحاد رابعا التهاب السحايا الدماغى الشوكى الوباى خامسا التهاب جوهر الدماغ نفسه وحيث ان التهاب العنكبوتية لا يمكن فصله عن التهاب الام الحنونية فلا يمكن التكلم عليه خاصة

(المبحث السابع)

(في التهاب الام الجافية و التهاب الجيوب الدماغية وسددها الذاتية)

قد تكلمنا في المبحث السابق على شكل من التهاب السحايا وميئناه بالالتهاب السحائى الجافى وبالورم الدموى للام الجافية لان الاجود شرح هذا الشكل في مبحث الانزفة السحائية بسبب النزيف الذى يحصل عنده والاعراض التي تصاحبه ولم يبق علينا في هذا المبحث غير شرح شكل التهاب السحايا للام الجافية المعروف بالتهاب الام الجافية الظاهر من منذ ظهور اشغال المعلم فرجوف على الورم الدموى للام الجافية

## \* كيفية الظهور والاسباب \*

من المشكوك فيه كون الالتهاب الذي نحن بصدده يظهر ظهوراً أولياً أي  
 كمرض ذاتي عقب تأثير البرد أو غيره من الاسباب المضرة والغالب ان هذا  
 الالتهاب يكون على العموم مرضاً ناتجاً عما في ضعف شقوق الجمجمة وكسورها  
 وتسوس عظامها ولا سيما تسوس الصخرية والمصفاة والفقرات الاولى العنقية  
 وقد يصاحب هذا المرض ايضا عني الالتهاب المصغري الظاهري التهاب  
 السمحاق الظاهري للجمجمة بدون تغير في سمك العظام المكشوفة لقبوتها  
 السكائنة بين هذين الغشائين

والتهاب الجيوب الدماغية الذي يعقبه تكون سدود ذاتية أو سدود الجيوب  
 الذي يعقبه فيما بعد التهاب في جدرها كذلك يحصل بكثرة وأكثرت حصوله  
 في الجيوب الموضوعة على الصخرية أعني في الجيوب المستعرضة وفي الجيوب  
 الصخرية وهذا بوجه بسهولة كون التهاب الجيوب الدماغية وسدودها  
 الذاتية انما ينتج بكثرة عن تسوس العظم الصخري الذي يمتد الى قاعدة  
 الجمجمة ولذا ان المرضى المعتر بهم سيلانات اذنية مزمنة عقب التهاب  
 الاذن الباطنة وتسوس العظم الصخري يكونون على الدوام في خطر عظيم  
 من اصابتهم بالتهاب في الجيوب الدماغية أو سدود فيها ولا يندر ان يحصل  
 تلاش تقبلي أو سديدي في السدود الثابتة وبذلك تصل خريشان صغيرة منها في  
 باطن الاوردة فتحصل سدود سيارة والتهابات انتقالية

## \* الصفات التشريحية \*

التغيرات التشريحية التي تحصل في الاحوال الخفيفة المزمنة في الالتهاب  
 المصغري الجانبي الظاهر تقتصر على سماكة في الام الجانفية ناشئة عن  
 تكونات خلوية على سطحها الظاهر وينتج من هذه التكوينات الخلوية  
 التصاقات متمينة بين الام الجانفية وقبوة الجمجمة وهذه الطبقات الخلوية  
 الجديدة التكوينية تكايد فيما بعد الاستحالة العظمية واما في الاحوال  
 الحادة الثقيلة فتكون الام الجانفية ملونة بلون أحمر بسبب الاحتقان الوعائي  
 الشعري والا كيموزيات الصغيرة المتكونة في اصغار محدودة مقابلة للاجزاء  
 المصابة من عظام الجمجمة بالتسوس ومع ذلك فتكون الام الجانفية مخبئة

مر تشحة فاقدة للعنان لونها و متسوجه استرخيا اليها وأخيرا يتهككون فيها  
القبيح وان كان تجمع القبيح بين الام الجافية وعظام الجمجمة انفصل الجزء  
المتيب من العظام الموضوعة اسفل منه وفي هذه الحالة الاخيرة تسكاد الام  
الحنونة تكون ملتصقة على الدوام في امتداد عظيم ويكاد يتهكسر في الجمجمة الحكيم  
بان كان التهاب جدر الجيوب سابقا على السدد الذاتية أو العكس وان كانت  
السدد غير متلاشية وجدت ملتصقة بالسطح الباطن المسترخي الخشن لجدر  
الجيب الثخين وممتدة من هنا تبعاً لما شاهدت المعلم ليبرت احيانا الى الخلف  
أرالى الاسفل نحو الاوردة الودجية الباطنة والغالب ان توجد السدة الذاتية  
متلاشية في الجمجمة ويكون الجيب الملتبب اذ ذلك ممتلئاً بسائل قهبي  
أوصديدي مختلط بندف سنجابية مخضرة منتنة ومع هذه التغيرات توجد  
عادة التغيرات الخاصة بالالتهاب الاذني الباطن وتسوس الصيخرة الممتد  
كهمت كغشاء الطيلة وفقد العظيما السمعية وتكونت بوليبيوسية في الغشاء  
المخاطي وامتلاء تجويف الطيلة بالقبيح وارتساحات قبيجة في الدهليز  
والقوقعة واخيلية الفتو الحلمي

\* (الاعراض والسير) \*

الالتهاب السمعي المزمن للام الجافية الذي تعقبه سمياكة في هذا الغشاء  
والتصاق متين بينه وبين قبة الجمجمة وتعظم في الطبقات الخلفية الجديدة  
التي يمكن أن يصطبب بالم في الرأس وغيره من الاعراض لكن هذه  
الاعراض ليست واضحة فلا يمكن الحكم بها على معرفة هذا المرض وكذا  
اعراض التهاب الام الجافية الظاهر الحاد وسيره يكاد كل منهما يكون على  
الدوام متموجاً جداً بسبب المرض الاصلى وبمضاعفة هذا المرض فيما بعد  
بالتهاب الام الحنونة الممتد وبالانتشار الصديدي والالتهابات الانتقالية  
بحيث يتهذر وصف هذا المرض بانفراده وصفاً واضحاً فاذا اصطفت  
احدى اصابات الجمجمة خصوصاً السيلان الصديدي الاذني المتعلق  
بتسوس في الصخرة بالم شديد جداً تمتد بجوار العظام المصابة وظواهر حمية  
وفي اودوار وطنين في الاذنين وانقباضات عضلية وهذيان وغيرها من  
ظواهر تهيج الدماغ واعقبته هذه الظواهر بظواهر خمود وشلل فيما بعد

جاز الظن بان الاصابة العظمية احدثت ابتداء التهابا في الام الجافية ثم  
التهابا منتشرا في الام الخنونة وكثيرا ما يكون الدور الاول لهذا المرض  
قصيرا وغير واضح جدا وقد يوجد المرضي في حالة خدر في اول زيارة طبية أو عند  
دخولهم في المارستان لكن في مثل هذه الاحوال يمكن تشخيص المرض مع  
تأكيد تقريري متى وجدت اصابة جرحية عظمية في الجمجمة سيما ان وجد  
هناك المرض سيلان اذني من ولم يوجد سبب آخر به يمكن توجيه الآفة  
الدماغية

والظواهر المرضية التي تنتج عن التهاب الجيوب الدماغية وسددها الذاتية  
تكون على الدوام مرتبطة باعراض الالتهاب السحائي السابق ذكرها  
وزيادة على ذلك فانه ينضم لها غالبا اعراض الالتهاب الدماغى ولذا فمن الجيد  
الاختصاص في البيمان وان تذكر فقط الاحوال التي فيها يظن عند وجود  
تسوس في الصخرة المنضم له التهاب سحائي أو دماغى وجود التهاب في الجيوب  
الدماغية أو سددها ذاتية فيها ونبيه على انه من الجيد اكثر المضاعفة التي  
نحن بصدد الاثبات الكلى لا مكان حصول هذه المضاعفة ولو فقدت  
العلامات الدالة عليهم وان وجد العرض الذي قال به المعلم جرهارد في أحوال  
السدده الذاتية للجيب المستعرض اعنى قلة امتلاء الوريد الودجى الذي يقبل  
دمه من الجيب المستعرض اكنسب الظن بوجود هذه المضاعفة تأكيداً  
عظيماً وعين ذلك يقال بالنسبة للعرض الذي قال به المعلم جرهارد في الحالة  
الوحيدة التي شاهدها اعنى ظهور الاوذيميا المحدودة المؤلمة خلف الاذن ولوان  
هذه الاوذيميا في احوال تسوس النتح والحمى الذي اعتبره جرهارد يسبحر نوع ورم  
ابيض مؤلم صغير يمكن حصوله بكيفية أخرى وليس بامتداد السدده الذاتية  
بواسطة الاوردة الموصلة اى السنتورية التي توجه الى الخارج في الحفرة  
السينية وفي غالب الاحوال يمكن الحكم من ظهور القشعريرة ومن علامات  
البورات الاتقالية في الرئتين مع التأكد ان تسوس العظم الصخري  
لم يؤد فقط للالتهاب السحائي والدماغى بل أيضا لتكوينات سدده ذاتية  
في الجيوب الدماغية

﴿ المعالجة ﴾

متى ظهرت العلامات الابتدائية المعلننة بالتهاب الام الجافية او التي بها يتوهم وجوده هذا المرض وجبت المبادرة باستعمال المعالجة القوية المضادة للالتهاب خصوصا الاستفراغات الدموية الموضوعية المتكررة وفي آن واحد تستعمل الحقن الفاترة المليئة في الاذن مع تغطيتها بالضمادات الفاترة ان كان هذا المرض مسبوقا بسيلان اذني ومن الجيد ايضا استعمال المسهلات الشديدة والمصرفات القوية على القفا بواسطة الحراريق العريضة وباقي معالجة التهاب الام الجافية يضاهي معالجة التهاب الام الخنونة

(المبحث الثامن في التهاب الام الخنونة المصحوب بنضج قيحي ليني)  
(المعروف بالالتهاب السحائي البسيط وبالالتهاب السحائي لقبوة الجمجمة)  
\* كيفية الظهور والاسباب \*

في الالتهاب السحائي الحاد ينسكب في المسافات تحت العنكبوتية نضج ليني محتوم على اذلية فيجية كثيرة واما في الالتهاب السحائي المزمن ففيه تكايد الام الخنونة والعنكبوتية سماكة وتكاثفا بتكون منسوج خلوي جديد ثم ان الالتهاب السحائي الحاد المصحوب بنضج قيحي ليني يكون في كثير من الاحوال مرضا تابعا فيصاحب جروح الجمجمة او الام الجافية او التهابات الدماغ او غيرهما من امراض هذا العضو ويندر أن يحصل هذا المرض حصولا ذاتيا عند اشخاص سليمين من قبل بقطع النظر عن الشكل الباثي من هذا المرض الذي سنذكره في المبحث التاسع و يكثر حصول هذا المرض عند الاشخاص المنهوكين والمصابين بامراض مزمنة ضعفية فيشاهد هذا الالتهاب مثلا في اثناء نقاهة الالتهاب الرئوي والبلور اوى او بعض الامراض الطفحية الحمية الحادة او غيرهما من الامراض التسممية العامة او عقب الاسهالات المزمنة او في مدة سيرداء بركت ونحو ذلك ولا يجوز اعتبار هذا الالتهاب في مثل هذه الاحوال انتقاليا بل ولاتابعا ولولم يمكن اثبات تأثير سبب مضر اثر على الجسم.

ويعد من الاسباب المضرة الظاهرة التي تعتبر سببا مما لهذا الالتهاب السحائي تأثير الاشعة الشمسية القوية على الرأس وتأثير البرد الشديد

عليه والافراط من المشروبات الروحية ومع ذلك فلم يثبت مع التأكيد  
الاتأثير السبب الاخير واحداً له للالتهاب السحائي وهناك شك من هذا  
الالتهاب يكون عرضاً من اعراض الداء الزهري البني كانه على ذلك المعلم  
جربسجر ونحن أيضاً شاهدنا حالة من هذا القبيل

\* (الصفات التشريحية) \*

الالتهاب السحائي المحبوب بنضج قيحي ليني مجلسه على الخصوص الجهة  
المحدبة من النصفين الكريين العظيمين في الشكل الحاد لهذا المرض  
توجد الاوعية الدقيقة للام الحنونة محتمنة احتقاناً كثيراً الوضوح أو قليلاً  
والمسافات تحت العنكبوتية خصوصاً بين التلافيف الدماغية وفي محيط  
الاعوية الغليظة يكون منسكياً فيها نضج مصفر متكاثف محتوم على كرات  
قيحية ومواد ليفية ذات حبيبات رقيقة وفي الدرجات الخفيفة لهذا المرض  
يوجد النضج في المسافات المحيطة بالاعوية الدموية وحيثما تكون  
العنكبوتية أيضاً مغطاة بنضج ليني أو قيحي والجوهر القشري للدماغ يكون  
تارة على حالته الطبيعية وتارة يكون مجلساً للين التهابي والجيوب الدماغية  
التي تكون مملئة بسائل في احوال الالتهاب السحائي القاعدي الدرني تكون  
خالية عنه غالباً في الالتهاب السحائي القمي القيحي وفي الالتهاب السحائي  
المزمن توجد العنكبوتية ملتصقة بالام الحنونة والام الجافية اما بالجحمة  
أو بالتصاقات ممتدة والام الحنونة تكون ثخينة متكاثفة والمسافات تحت  
العنكبوتية مملئة بسائل عكراً وقد توجد الام الحنونة احياناً مستحيلة الى  
غشاء سميك لا يمكن فصله عن المخ بدون تمزق هذا الغشاء

\* (الاعراض والسير) \*

الالتهاب السحائي الحاد يصطبغ في اثناء سيره بطواهر حمية شديدة  
وعلى الخصوص بسرعة عظيمة في النبض وقد يتبدئ كغيره من الالتهابات  
الحادة الممتدة للاعضاء الاخر بقشعريرة عظيمة وهذه الظواهر الحمية  
العاملة لا تسكاد توجد بهذه الشدة في غير هذا المرض من امراض الدماغ ولذا  
كانت مهمة في تشخيصه وعند استمرار هذا المرض زمن طويلاً حصل  
تناقص عظيم في سرعة النبض بحيث يتنازل من المائة والعشرين أو من

المائة والاربعين في الدقيقة الواحدة الى ستين أو ثمانين مع استمرار باقي  
 الظواهر الحمية الاخر واضطراب وظائف الدماغ كان هذا دليلا آخر على  
 وجود التهاب السحائي وباقي اعراض هذا المرض هي ألم الرأس  
 واضطرابات الدماغ التي ذكرناها مرارا اما على شكل ظواهر التهيج  
 أو الخلود أو الشلل العام والم الرأس في التهاب السحائي الحاد يرتقي الى  
 درجة عظيمة جدا بحيث ان المرضى لا تشككي به فقط عند ماتهم كون حافظه  
 لا ذرا كما بل انها توجه يديها جهة رأسها ولو مع فقدانها كها مع الاين وهذا  
 يدل على انها لم تزل تحس بالآلام ويكاد يوجد في جميع الاحوال من ابتداء  
 هذا المرض اضطرابات عقلية بسبب قرب التهاب من الجوهر القشري  
 للدماغ فالمرضى تكون في حالة قلق واضطراب ويفقدون النوم ويحصل  
 عندهم هذا يان بمرءة وكذا يحصل اضطراب عظيم في الحساسية بحيث ان  
 المرضى لا يتحمل الضوء الشديد ولا الالغظ القوي بل انها تنزعج احيانا من  
 اقل ملامسة وينضم لذلك طنين في الاذنين وشرر أمام العين وضجر عظيم  
 واصطكاك في الاسنان وتضايق في الحدة وانقباضات عضلية وفي  
 وقد ذكرنا جميع هذه الظواهر في احوال الاحتقان الدماغى البسيط وفي  
 شبه الاستسقاء الدماغى للاطفال المعروف بالايدير وسفالويد وفي الحقيقة  
 ليس التهاب السحائي علامات واصفة له فاصرة عليه لا توجد في غيره من  
 امراض الدماغ وانما معرفة الامور السببية وارتفاع درجة الحمى وعلى  
 الخصوص مرءة النبض والالم الشديد جدا الرأس يحكم بها مع التقرير في  
 هذا الدور على نفي وجود احتقان دماغى بسيط او انيميا دماغية غير ان  
 الغالب ان يحكم على وجود هذا المرض وعلى حقيقة تشخيصه في الدور  
 الثاني له وذلك بمشاهدة الاعراض الخطرة وعدم نجاح الوسائط العلاجية  
 وبالانتهاج المحزن الكثير الحصول لهذا المرض فان فقد في الدور الاول  
 العلامات المشخصة وجب على الطبيب التأمنى في الحكم على العاقبة فانه  
 في الغالب لا يتضح الامر إلا بعد عدم نجاح المسهلات والاستفرغات  
 الدموية الموضوعية ويحقق من التمييز بين الاحتقان الدماغى والالتهاب  
 السحائي ثم ان الدور الثاني لهذا المرض يكون في الغالب مبينا بنوب تشنجات

يسبقها عادة تيبس في عضلات الفقاو انقباض مستمرة فيها فان هذه العلامة  
يتبين منها غالبا انتقال هذا المرض من دوره الاول الى دوره الثاني وفي هذا  
الدور الاخير تقع المرضى في حالة خدر عميق وثبات فلا تترك المؤثرات  
الظاهرة ولا تحس بها فلا يكون لها قدرة على تحريك الاطراف ومع ذلك  
فبعض العضلات سيما عضلات الفقا لم تنزل منقبضة انقباضا مستمرا  
تدتها توسيا والحدقة التي كانت في الابتداء منقبضة تتمدد في هذا الزمن  
لكن ليس على الدوام وكذا يحصل في النقبض ببطء عادة لكن ليس على  
الدوام أيضا ويتقدم الثبات والشلل العام ويزداد يدها تملك المرضى  
بعد بعض الايام ويندر أن يمتد ذلك الى انتهاء الاسبوع الثاني أو الثالث  
وهذان الدوران اللذان كثيرا ما يشاهد فيهما تحسین ظاهري لا يمكن  
تطبيقهما على دورين مطابقين لهما في التغيرات التشريحية المرضية حتى  
يقال مثلا ان الدور الاول يطابق احتقان السحايا والدور الثاني يطابق دور  
النضج الذي ينسكب في المسافات تحت العنكبوتية وكذا ان فيه على انه في كثير  
من الاحوال سيما التي فيها ينضم الالتهاب السحائي لتسوس الصخرة  
أو غيره من امراض الدماغ يكون الدور الاول قليل الوضوح او مفقودا  
بالكلية وفي مثل هذه الاحوال تبتدئ الظواهر المرضية بنوبة تشنجات  
تتردد بجملة مرار يعقبها ثبات عميق وشلل عام مصحوب بانقباضات مستمرة  
في بعض العضلات والانتهاج الكثير الحاصل في الالتهاب السحائي هو  
الموت وذكر المشاهدات المرضية المعلنه بشفاء سريع في مثل هذه الاحوال  
توقظ الظن بانه حصل خطأ في التشخيص سيما وانه توجد مشابهة بين  
اعراض الالتهاب السحائي والاحتقان الدماغى البسيط وعلى الخصوص  
عند الاطفال

واما اعراض الالتهاب السحائي المزمن فليست معروفة جيدا سيما في ابتداء  
هذا المرض ولوان اثر التغيرات التشريحية لهذا المرض كثيرا ما توجد في  
جثة الاشخاص السكرارى او المصابين بامراض عقلية والذي يظهر أنها  
تبتدئ بالمر في الرأس واضطراب في وظائف الدماغ على شكل ظواهر التهييج  
غير انه في الحالة الراهنة كما في السكرارى مثلا يكاد يبق الشك دائما بين



الاعراض المذكورة هل تتعلق باصابة التهايبية في السحايا او بالتسمم بالكؤل  
واما في الدرجات المتقدمة لهذا المرض فمعرفة تهايسه فانه وجد عند مرض  
تعرض للاسباب المتقدم ذكرها وامكن نفي غير هذا المرض من امراض  
الدماغ سيما الضمور البسيط لهذا العضو وحصل عنده تناقص في قوته المذكورة  
وصارت قوته المفككة غير حادة وتغيرت خصاله وانضم لذلك ارتعاش  
في الاطراف واهتراز عند المشي وغير ذلك من علامات الشلل التدريجي جاز  
الحكم بتشخيص الانتهاب السحائي المزمن

### المعالجة

في الانتهاب السحائي الحاد المصحوب بنضج قبيح ليني يمكن الحصول  
في بعض الاحوال على نتائج عظيمة جدا بواسطة المعالجة القوية المضادة  
للانتهاب وفي الغالب لا يحتاج للاستفراغات الدموية العامة بل المستعمل  
بكثره الاستفراغات الدموية الموضعية كارسال العلق مرة او مرارا  
خلف الاذنين وعلى الجبهة وتكراره ان سمحت قوى المرض بذلك وبالنسبة  
للاطفال لا يوضع منه الا قليلا بخلاف البالغين فيرسل منه بقدر خمس عشرة  
الى عشرين على التنوين الحميمين ويستعاض ذلك بالمحاجم القشرية  
عند الفقرا وزيادة عما ذكر يغطي الرأس بعد ازالة شعره بمكدرات جليدية  
او بمائة مملوءة بالجليد ويعطى للمريض مسهل شديدا من الرثيق الحلو  
والجليبية او الاملاح اوزيت الخروع او الحقن المسهلة القوية وفي الدور  
الاخير لهذا المرض ان حصل للمريض ثبات وكوما وغيرهما من علامات شلل  
الدماغ ولومع استعمال الوسائط السابق ذكرها ينبغي وضع حراقة عرضة  
على جميع القفا واستعمال المرهم المنقطة على فروة الرأس وأجود من هذه  
المصرفات واقوى في التأثير الحمامات التشايلية وصب الماء البارد على  
الرأس من ارتفاع مناسب بواسطة نحو سطل وتكاد المرضى تفيق مدة صب  
الماء البارد على الدوام وينبغي تكرار استعمال هذه الوسائط زمنا فزنا  
اعني بعد بعض ساعات ان اريد الحصول على نجاح مستمر ويمكن ازدياد  
مقدار ما يصب من الماء على الرأس كل مرة بحسب الاقتضاء ومن  
المستعمل بكثرة في هذا المرض ايضا ذلك بالمرهم السنجابي الرثيق على القفا

واستعمال الزئبق الخلو بقدير صغيرة استعملت مالا مستعمل فان لم تجده هذه المعالجة  
نفعاً وجب تطهير ظواهر تخرج الدماغ بواسطة المركبات الايونية  
او المرفين او الحمامات الفاترة ومساعدة امتصاص النضج بواسطة استجمال  
الديجتالا او بودور البوتاسيوم

وفي الشكل المزمن من هذا الالتهاب اوصى كروكن بارج بالنشاش البارد  
وذكر انه اقوى الوسائط في هذا الداء فقد شاهد في حالة شفاء احد المصابين  
بالالتهاب السحائي المزمن عقب استعمال هذه الوسطة وصب الماء البارد  
على الرأس صبامة تكرار بسطل نحو الخمسين مرة ويستعمل بكثرة في الشكل  
المزمن من الالتهاب السحائي بودور البوتاسيوم او بودور الحديد عند تقدم  
الضعف بكمية عظيمة خصوصاً في الشكل الناتج عن سوء القنية الزهري بل  
وفي غيره من اشكال المزمنة لهذا المرض هذا مع مساعدة الحمامات الفاترة  
وصب الماء البارد على الرأس

(المبحث التاسع في الالتهاب السحائي القاعدي المعروف بالالتهاب)  
(الدرني للام الحنونة وبالدرن الدخني البسيط لها وبالاستسقاء الدماغى الحاد)

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

في الالتهاب السحائي القاعدي ينسكب في المسافات تحت العنكبوتية  
الكائنة في قاعدة الدماغ نضج قليل الكرات الفيضية سهل الانعقاد وحينئذ  
يتولد في المهاد القاعدية تحجبات درنية على الدوام وبذلك يتكون شكل  
مرضى يسمى بالالتهاب السحائي القاعدي الدرني وينبغي تمييز هذا عن  
الدرن الدخني البسيط للمهاد لان تكون الدرني في هذا الاخير لا يصطب  
بتغيرات التهابية ولا بنضج التهابي ولان كلا من اعراض هذين المرضين  
وسيرهما يميز عن الاخر من بعض الوجوه مدة الحياة وكل من الالتهاب  
السحائي القاعدي والدخني البسيط للمهاد يكاد يودي على الدوام الى  
انسكاب سائل في الجيوب الدماغية ولين في جدرها والاجزاء المحيطة بها  
وهذا اللين يكون ناشئاً عن نوع تعطن او فساد في جوهر الدماغ بواسطة  
ارتشاح بسيط او نضج التهابي

ثم ان كلامنا عن الالتهاب السحائي القاعدي الدرني والدرن الدخني البسيط

لانها يالا يكاد يحصل حصولا اوليا الى ذاتها عند انقضاء سلبين من قبل  
 وهذا الامر ينبغي الانتباه اليه بالسكينة حيث انه همم للغاية بالنسبة  
 للتمييز بين الاشكال المختلفة للالتهاب السحائي فالغالب ان  
 يكون المرض الذي نحن بصده ظاهرة موضعية من جملة ظواهر الدرن  
 الدخني الحاد او المزمن المنتشر في البنية او بالاقل في كثير من الاعضاء وكثيرا  
 ما يهلك عدد عظيم من الاطفال بهذا الشكل وان عاشوا بصيرون مستعدين  
 للاصابة بالسل الرئوي والاطفال المعرضة للاصابة بهذا الداء ليست فقط  
 ذوات البنية الخنازيرية الواضحة بل أيضا الاطفال الخفية المتولدة بين  
 ابوين مصابين بالسل اضعفين وتكون ذات بنية رديئة التغذية ضامرة  
 النمو غير انه يكون فيهم فطنة واستعداد عقلي عظيم وجلودهم رقيقة  
 واوردهم للامعة واهدابهم طويلة وصلبة اعينهم منرقعة وكل من الاستحالة  
 الجينية للغدد الشعبية والمساريقية والبورات الجينية للارتئين وغيرها  
 من الاضطرابات الغذائية المزمنة التي توجد بكثرة في جملة الاطفال الهالكين  
 بالاستسقاء السحائي الحاد مع تكونات درنية جديدة في اعضاء متعددة كثيرا  
 ما انهم امرها مدمرة الحياة فلم تعرف وهذا هو السبب في الوقوع في الخطأ  
 والنظن بان الاصابة السحائية الدرنية الدماغية اولية وينعكس ذلك فيما  
 اذا اصاب الالتهاب السحائي القاعدي الدرني اشخاصا متقدمين في السن  
 بمعنى انه يوجد في الغالب قبل ظهور اعراض الالتهاب السحائي الدرني  
 بزمن قليل ظواهر تدل على الدرن الدخني الحاد او بزمن طويل علامات  
 السل الرئوي المزمن وهو الغالب وفي احوال اخرى وان انضم الالتهاب  
 السحائي القاعدي الدرني او الدرن الدخني البسيط للسحائي بالغيره من  
 الاقوات الدرنية القديمة كالدرن الرئوي المزمن او الدرن الدماغى المزمن  
 او الاستحالة الجينية للعقد الشعبية او المساريقية فلا تكون مصحوبة  
 بتولدات درنية دخنية جديدة في غير السحائي القاعدي من الاعضاء  
 بحيث تكون المضاعفة الحادة الوحيدة لهذه الاصابات الدرنية  
 المزمنة وبالجملة فقد يظهر الالتهاب السحائي القاعدي الدرني او الدرن  
 الدخني البسيط للسحائي بدون اصابة درنية اولية في الاعضاء الاخرى

عند اشخاص سليمين من قبل اوفى اثناء النفاضة من الامراض الثقيلة  
 كالتميفوس والحصبة وغير ذلك  
 ثم ان الاصابة الدرنية للسحايا ينادرة في السنة الاولى من الحياة واكثر  
 حصولا في السنين التالية لهذا السن ولا تشاهد عند المتقدمين في السن  
 الا مشاهدا استثنائية بقطع النظر عن الاحوال التي فيها تضعف السل  
 الرئوي ويعد من الاسباب المقيمة للاستسقاء الدماغى الحاد عند الاطفال  
 التنبهات والاشغالات العقلية المفرطة لكن هذا ظاهر البطلان فان  
 الاطفال الفاقدة الاستعداد لا تصاب بهذا المرض مهما تنبهت الوظائف  
 العقلية عندهم فحينئذ الاستعداد للاصابة بهذا المرض ليس ناتجا عن مجرد  
 التنبهات العقلية بل عن وجود الاستعداد الاصلى ونحو الوظائف العقلية نحو  
 قبل اوانه وكذا يقال في السقطات والضربات على الرأس فانهم الاثوديان  
 كما قيل للاصابة الدرنية السحائية ولا للاستسقاء الدماغى فانه وان  
 تحقق للطبيب ان الطفل المصاب بالدرن السحائى وقع على رأسه مرة أو جملة  
 مرار قبل الاصابة لا يجوز له اعتبار هذا الامر سببا للاصابة بهذا المرض  
 \* (الصفات الشريحية) \*

يوجد في التهاب السحائى الدرني نضح مصفر قليل اللمعان هلامي غزير  
 غالبا شاغل للمسافات الكائنة بين الام الحنونية والعنكبوتية خصوصا في  
 محيط تصالب الاعصاب البصرية وفي امتداد السحايا بجهة الحدة  
 الدماغية والنخاع المستطيل والفرج الدماغية العظيمة سيما فرجة سلفيوس  
 ويمتد ذلك جهة السطح المحذب للدماغ ومع ذلك تسكاد توجد الام الحنونية  
 على الدوام موشحة بتجيبات درنية مبيضة اللون في حجم حبة الشهدانج  
 او اعظم وأكثر وجود هذه التجيبات في محيط الاوعية الدموية  
 وفي الدرن الدخنى البسيط للسحايا تكون التغيرات التشريرية اقل وضوحا  
 فلا يوجد الا بالبحث الدقيق تجيبات صغيرة عديدة في الام الحنونية ذات لون  
 مبيض شاغلة للاصفار السابق ذكرها ولا تنضح طبيعة هذه التجيبات الامع  
 اعتبار الاستسقاء الدماغى الحاد المصاحب لها والتجيبات الدرنية في غير  
 السحايا من الاعضاء الاخر

والجيوب الدماغية سيما الجيوب الجانبية وكذا الجيب الثالث تكون ممتلئة  
بسائل مصلي ومحدرة في كلا هذين الشكلين من الدرن السحائي وهذا  
السائل يكون صافيا والغالب أن يكون متعكرا بنصف فيه وجدر الجيوب  
الدماغية في مثل هذه الاحوال تكون ليننة جدا بحيث تنزق بأقل ملامسة  
وهذا اللين الاستسقاءى قد يمتد الى اصفار بعيدة من الجوهر الدماغى وكما  
كان النضغ غزيرا كان جوهر الدماغ اكثر بهامة وخلوا عن الدم وازداد  
بياض الاصفار اللينة من الدماغ

(\* الاعراض والسير )\*

الاعراض الرئيسة للدرن السحائى والاستسقاء الدماغى الحاد هى عبارة  
عن الاضطرابات الدماغية التى ذكرت مرارا الا انها ذات خصوصيات ناتجة  
غالبها عن مجلس الاصابة كظهور التشنجات الكثير جدا ولنبه على ان  
تهيج الاجزاء القاعدية من الدماغ عند الحيوانات ينج عنه تشنجات وزيادة  
عن ذلك يشاهد فى التهاب السحائى القاعدى الدرئى اكثر من جميع  
الامراض المتقدمة ذكرها مثل فى العصب البصرى والمحرك لامةقلة وفقد  
الابصار والحول وتعدد فى الحدقتين كما انه يتعلق بمجلس المرض ايضا وتأثيره  
فى الخناج المستطيل ومحل خروج العصب الرئوى المعدى كثرة الاضطرابات  
فى حركات التنفس وعدم انتظامها وبطء النبض بطأ عظيما فى الابتداء  
ثم تعتريه سرعة عظيمة نحو الانتهاء وتوجيه هذه الاعراض والحكم بها على دوز  
المرض عسر للغاية ثم ان التهاب السحائى القاعدى الدرئى وان لم يظهر  
عند اشخاص سليمين من قبل لا تعد فيه من جملة الظواهر الدابقة لهذا  
المرض اعراض الامراض التى يصاحبها او يعقبها الدرئى السحائى بل  
فى غالب الاحوال خصوصا عند الاطفال يسبق الاعراض الواضحة لهذا  
المرض ظواهر بطيئة لا يمكن الحكم عليها بالتمام كيد على الدوام وهذه  
الظواهر تعتبر حقيقة ظواهر سابقة لهذا المرض فالاطفال يحصل عندهم  
تغير فى اخلاقهم ولا يكون لهم حظ فى اللعب بل يميلون للجوس والسكون  
ويسندون رؤسهم غالباً ويوجد عندهم نعاس واحلام من عجة ويشتهكون باللم  
فى الرأس خصوصا فى احوال التهاب السحائى الدرئى ولا فى احوال الدرئى

الدخني البسيط للسحاييا وعند استمرار الظواهر المذكورة التي يمكن ان تستمر  
 بجملة اسابيع يحصل نخافة للاطفال بسبب اضطراب الهضم عندهم والحركة  
 الخفية الخفيفة ايضا ومع ذلك فقد تضي هذه الظواهر بدون ان يلاحظها  
 أهل الطفل ويخبرون عند ظهور الاعراض الشديدة بان الطفل اصيب دفعة  
 واحدة ومن الواجب معرفة هذا الامر حيث انه من المهم معرفة ابتداء  
 مرض جديد أو ابتداء الاعراض الخطرة لمرض في الدور الاخيرة  
 ومعنى انضم للظواهر المذكورة فيء فلا يمكن نسبهه للتباعد عن التدبير  
 الغذائي وكان تكرر التي المذكور ليس بعد الاكل بل عند استيقاظ الاطفال  
 من النوم وكان معتريهم مع ذلك امسالك وكان البطن مخسفا ويجب على  
 الطبيب اعتبار الظواهر المذكورة مع غاية الدقة ولوانه المتحدث عند أهل  
 الطفل رعبا وفضعا عظيمين فانه بعد حصول الظواهر المذكورة تبتدى  
 الاطفال بالتشكي بالمشديد في الرأس وفزع من الضوء وانزعاج من اللغظ  
 واصطكاك الاسنان مدة النوم وصرخ من عجز زمانا يسمى بصرخ  
 الاستسقاء الدماغى) ويشاهد عندهم انقباضات في بعض الاطراف زمانا  
 فرمنا أو حركة انزعاج فجائية في جميع الجسم عند القيام من النوم مع احلام  
 مفزعة يستمر تأثيرها المفزع عندهم مدة اليقظة وتكون الاطفال في حالة  
 قلق عظيم وكثيرا ما تكرر الكلمة الواحدة مرة أو جملة من اوتكون الحدقتان  
 في هذا الزمن غالبا منقبضتين والنبض سريرا ومتى اعقبت الاعراض  
 المذكورة الظواهر المرضية السابقة وشوهدان الاطفال تضغط بمؤخر  
 رأسها على وسادة النوم مع انقباض في عضلات القفا وانتفاخ في العقد  
 الليمفاوية العميقة كان التحقق من هذا المرض الخطر قريبا  
 وعماقليل من الايام تتغير حالة المرض بسرعة بمعنى ان توبة التشخيصات العامة  
 التي ذكرناها فيما تقدم تنتقل الى الدور الثاني الذي تتسلطن فيه ظواهر  
 الشلل فيقل التيء اوزول بالكلية ولا تشكى الاطفال حينئذ بالفي الرأس  
 وانما توجه يديها نحوها ولا تنزعج من اللغظ الشديد ولا تتأثر من الضوء فلا  
 تميل برأسها عند تقرب ضوء شمعة مثلا امام العين غير أن كلام الصرخ  
 واصطكاك الاسنان يستمر وكثيرا ما توجد عضلات احد الاطراف

أواحدي جهتي الجسم في حالة انقباض خفيف وعضلات الجهة الاخرى في حالة استرخاء بحيث تسقط عند دفعها وفي هذا الزمن تمدد ابتداء احدي الحدقتين ثم الاخرى ولا يمكن الاطفال توجيه ابصارهم الى نقطة مخصوصة بل يحصل عندهم الحول والنهض الذي كان ابتداء سرعيا يصير بطيئا بطأ عظيم بحيث لا يضرب في الدقيقة الاستين ضربة واول وكذا حركات التنفس يحصل فيها تغيرات عظيمة بان تصير سطحية بطيئة خفيفة مدة بعض زمن بحيث يظهر كأن الطفل نسي حركات التنفس ثم تحصل حركات تنفس غميمة جدا فكانت اوضاع ما فاتها من حركات التنفس الضعيفة السطحية السابقة ويصير السبات اكثر وضوحا وفي اثناائه تكون الاجفان غير منطبقة بالكليمة والاعين غير متحركة او يكون الجفن العلوي ساقطا الى اسفل والمقلة متجهة الى اعلى بحيث يتغطى نصف الحدقة من الجفن العلوي ومع هذا قيمتغير لون الوجه زمانا فمنها بحيث ان الطبيب غير المترن عند روية الوجنتين المنقدتين والاجفان المنتفخة والاعين ذات الحدقات المتمددة الاماعة السوداء يظن ان الطفل غير مصاب بمرض خطر وفي اثناء هذا الدور تكون نوب التشنجات مع فترات كثيرة الطول او قليلة

اما قاصرة على احدي جهتي الجسم او ممددة نحو الجهتين معا واذا كان التشنج قاصرا على احدي جهتي الجسم لا ينبغي الظن بان جهتي الدماغ المقابلة للجهة المصابة بالتشنج هي المريرة وانقباض عضلات القفا انقباضا تينتموسيا مع انحناء العنق الى الخلف يستمر في هذا الدور عادة

ثم ان هذا الدور يستمر احيانا مدة اسبوع بل اكثر وفي اثناائه وان فقد عشم الطبيب من حياة الطفل واهله ايضا يحصل احيانا بعض تحسين ظاهري يغش اهل الطفل ثانيا فيتمشون في حياتهم وقيام الحين حصول الانتهاء المحزن وعلى الطبيب ان يسلم ان الانتهاء المحزن المذكور لا يحصل الا عقب تغيرات واضحة في الاعراض حتى يخبر اهل الطفل بذلك لان النبض يسرع سرعة عظيمة قبل حصول الموت باثني عشرة ساعة تقريبا ويتغطى الجلد بالعرق ويصير البطن المنقبض طيليا منتفخا ويحصل التبول والتبرز بكيفية غير ارادية ويسمع في الصدر خراخرت فقاعية او مخاطية ممددة

ثم ان اغلب احوال سير الالتهابات السخائية القاعدية الدرنية والدرن  
الدخني البسيط للسحايا يكون تدريجيا وبكيفية واحدة مشابهة لما ذكرناه  
انما قد يحصل بعض اختلافات من تساطن بعض الاعراض واختلاف مدة  
ادوار المرض بتمامه

فقد كان هذا المرض في بعض الاحوال يكون ذا سير سريع جدا ومصحوبا  
بظواهر مشابهة لاعراض الالتهاب السخائي الحاد بحيث يتعذر التمييز بينهما  
بالكلية كما اننا نذكر ان من جهة اخرى قد يشاهد عند الاشخاص الهاالكين  
بالسل الرئوي عند فعل الصفات التشرجية درن في السحايا ودرجة خفيفة  
من الاستسقاء الدماغي لم يتضح مدة الحياة بظواهر مرضية ويثبت من مثل  
هذه الاحوال ان دور الظواهر المرضية السابقة للمرض الذي نحن بصدد  
يتعلق بابتداء اصابة الدماغ نفسها ولا بمضاعفات هذه الاصابة ولا  
بالاصابة الدرنية العامة وننبه ايضا على ان كلامنا من الالتهاب السخائي  
القاعدي الدرني والدرن الدخني البسيط للسحايا متى ظهر مدة سير السل  
الرئوي المتقدم عند الاشخاص المتقدمين في السن لا يبتدئ بظواهر مرضية  
سابقة واضحة بل لا تعرف الا عقب حصول انقباض عضلات القفا والسبات  
وبطء النبض وتمدد الحدقتين وغيرهما من الاعراض الدالة على تقدم مرض  
السحايا واكثر انتهاء هذا المرض يكون بالموت وهناك احوال تنتهي بالشفاء  
نادرة جدا بل ربما كانت غير ممكنة الحصول وكل من السير المختلف لهذا  
المرض والانحطاطات السريعة له لا يؤدي للحكم على سلامة عاقبته بل  
الذي يؤدي لذلك هو التحسين المستمر لجميع الظواهر المرضية

### المعالجة

معالجة الالتهاب السخائي الدرني والاستسقاء الدماغي الحاد لم تكن فيها  
صعوبة على الاطباء قبل عصرنا هذا بزمن قليل فان التهاب عضو مهم مثل  
السحايا الدماغية كان يستعمل فيه المعالجة المضادة للالتهابات القوية جدا  
بحيث انه كان يوصى في ابتداء هذا المرض بالاستفراغات الدموية وباعطاء  
الزئبق الخلويمز وجابرزهر الخارصين وبالدلك بالمرهم السخجاني على القفا وكانت  
الاطباء ينتظرون مع استعمال هذه المعالجة ظهور البراز المحض الذي هو



نتيجة الزئبق الحلو وابتداء حصول التلعب فان كلا من هاتين الظاهرتين  
 كان يعتبر علامة دالة على تأثير هذه الطريقة العلاجية وفي الدور المتأخر  
 كان يجتهد في احداث امتصاص النضج الاتهابي ولذا كان يستمر على ذلك  
 المرهم الزئبقي وتستهمل المدرات البولية والمصزقات القوية كالمقص  
 والحراريق على جلد الرأس المجلوق اودلكه بالمرهم المنفط وان تقدم الشلل  
 مع ذلك كان يستعمل منقوع الارنيكا أو الكافور ثم لما انضج في عصرنا  
 هذا ان المرض الذي نحن بصدده ليس الاظاهرة من جملة ظواهر الاصابة  
 الدرنية المنتشرة صار الامتناع من استعمال المعالجة المضادة للاتهاب غير  
 ان اطباء وقعو في خطأ آخر وهو الامتناع بالكلية من المعالجة أعنى  
 المعالجة بالاستنظار أو الاجتهاد في مقاومة الديدسكرازيا الدرنية المنتشرة  
 والمعالجة الممدوحة في الاتهاب السحائي الدرني والدرن الدخني للسحايا هي  
 انه في ابتداء المرض سبب امتى اشتكى المريض بألم شديد جدا في الرأس دال  
 على التهاب سحائي درني يستعمل ارسال العلق خلف الاذنين والايصاء  
 بهذه الوساطة جيد جدا حيث انه في هذا الدور يتمعذر بالكلية التمييز بين  
 اشكال الاتهاب السحائي المختلفة ولا يعلم مع التأكد هل الاصابة  
 تتبدئ من اول الامر بمجرد التهاب بسيط في السحايا ينضم اليه فيما بعد  
 بتكرار الاتهاب تكونات درنية ام لا وينبغي تكرار الاستفراغات الدموية  
 الموضوعية المذكورة ان حصل منها نجاح في الابتداء عند ازدياد الحالة  
 المرضية وارتقاؤها كما انه يوصى في مثل هذه الاحوال في ابتداء المرض أيضا  
 باستعمال المسهلات اللطيفة والوضعيات الباردة او الجليدية على الرأس  
 وزيادة عن ذلك ينبغي التماس في المعالجة كما ذكرنا في الاتهاب السحائي  
 المصوب بنضج صديدي ليني وأما في الاحوال التي فيها تكون الظواهر  
 الاتهابية ليست كثيرة الوضوح فينبغي استعمال وسائل علاجية  
 أخرى وذلك لان الاستفراغ الدموي الموضوعي وان سميح باستعماله مرة واحدة  
 قليل النجاح وتكراره مضر بلاشك ومن الموصى به بكثرة في مثل هذه  
 الاحوال لما حصل منه من النجاح العظيم احيانا استعمال بودور البوتاسيوم  
 بكمية عظيمة من جرامين الى أربعة وكذا زيت كبدا الحوت وشراب بودور

الحديد ونحو ذلك مع الاستمرار مدة طويلة واما الجمادات التشلشلية على الرأس  
التي يحصل منها نبحاح وقتي فالأوفق تركها في الاحوال الواضحة للالتهاب  
السهجاني الدرني القاعدي والاستسقاء الدماغى الناتج عنه فان الاطفال وان  
أفاقت مدة استعمالها الا ان هذا لا يمكنه زمن اطويلا فضلا عن كون هذه  
الوسائط صعبة على اهل الطفل ومثل ذلك يقال في استعمال المصرفات  
القوية كالمقص والدلك بالمرام المنقطعة ونحو ذلك

وقد اوصى المعلم (هاس) في الدور الابتدائي لهذا المرض باستعمال مقادير  
صغيرة من المرفين بجزء من أربعة وعشرين جزءا من قعجة وذكرانه شاهد  
من ذلك نجاحا عظيما في بعض الاحوال

\* (تنبيه) \* حيث ان المعالجة الشفائية لهذا المرض قليلة النجاح بحيث جدا  
في الحصول على غايته حميدة من المعالجة الوافية فعند ظهور الاستعداد  
للإصابة بهذا المرض سيما في العائلة التي اطفالها مستعدة لذلك ينبغي  
الحصول على رضاع جيد من مرضعة قوية البنية مع تعرض الاطفال لجميع  
الوسائط الصحية الجيدة كارسالها في الخلوات الجيدة الهواء وعدم تعرض  
اذهاها لاشئ منه ولذا لا تجبر على الدراسة الا بعد مضي ثمان سنين وهو  
السن الذي تكثر الاصابة فيه بهذا المرض هذا مع استعمال بعض الجواهر  
الغذائية والدوائية المضادة لسوء القنية الدرني كالاليان وزيت كبد  
الحوت والحديد والزنجير فقد امكن باستعمال تلك الوسائط حفظ بعض  
الاطفال من عائلة فقدت عدة اطفال بهذا المرض

(المبحث العاشر في الالتهاب السهجاني الدماغى الشوكى الوبائي)

(المعروف بالقشج القفوى الوبائي)

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

المؤثر المضر الذي يتأثيره يحصل شكل الالتهاب السهجاني الذي نحن بصدد  
وانتشاره في بقاع كثيرة الامتداد أو قليلته بحيث تظهر اوبية قليلة الانتشار  
أو كثيرته غير معروف لنا لكن من القريب للعقل القول بان الالتهاب  
المذكور ليس متعلقا بمؤثرات جوية ولا أرضية بل انه ناتج عن تسمم الجسم  
بسم مرضى نوعي والظهور المتعدد زمننا فمننا مرض من الامراض

في احدى البقاع التي تكون مصونة عنه عادة وكذا اصابة جملة اشخاص من عائلة واحدة وان كان في حد ذاته لا يجوز الحسب بان هذا المرض ناشئ عن تسمم في الجسم الا ان سريان وباءه من محل الى آخر كما هو المشاهد في اوبئة التهاب المذكور يعتبر ولا بد علامة قوية على منشئه الميازماني غير ان انتقال هذا المرض بواسطة اصل معدى لم يشاهد ا كيدا ولو ذكرت بعض احوال يترأى منها بحسب الظاهر انتقال هذا المرض من شخص الى آخر ومع ذلك فالالتهاب السحائي الشوكي الوبائي لا يعتبر من جملة الامراض التسممية العامة كالاشكال التيفوسية وسنتكلم عليها فيما بعد فان اعتبار هذا المرض شكلا تيفوسيا مخصوصا كما كان منتشرا في قرانسابا بقاصار رفضه بالكلية بواسطة المشاهدات التي فعلت في المانيا مدة الاوبئة الاخيرة ونحن نميز هذا المرض عن رتبة الامراض التسممية العامة التي منها الاشكال التيفوسية المختلفة بالوجه الا تية منها ان الاضطراب المرضي العام يتعلق في الامراض الاخيرة ولا سيما الحمى بقبول الجوهر المسمم في سوائل البنية والتغيرات التشرجية للاعضاء المختلفة الناتجة عن التسمم تظهر على هيئة مخصوصة كالتي تتشأ فقط عن تأثير السهوم النوعية المنتشرة بخلاف التهاب السحائي الشوكي الدماغى الوبائي فان فيه الاضطراب المرضي العام والحمى وباقى الاعراض تتعلق فقط بالتغير المرضي الموضعي الناتج عن التسمم بكيفية مشابهة لما يحصل في التهاب الرئوى اللبني او الحرة والنشأ من المضرة التي يحدثها في الجسم هذا المرض الموضعي وكذا التغيرات التشرجية التي تظهر في السحايا والدماغ والنخاع الشوكي لا تتميز مطلقا عما سواها من التغيرات التي تحصل في احوال اخرى بمؤثرات مضرة اخرى فهذه الامور هي التي الجأتني لاعتبار التهاب السحائي المذكور مرضا موضعيًا ولو كان منشأه ميازماتيا

ثم ان اوبئة هذا التهاب تشاهد في الشتاء أكثر من الصيف وتنطفيء عادة بطرًا والفصل الحار ومع ذلك يوجد استثناءات من هذا الامر المغاير بالكلية لما يشاهد بالنسبة لاغلب الامراض الوبائية واكثر الاصابة به سن الطفولية فان كثيرًا من الاطفال غالبًا يصابون به وهم لم يكونوا منه عند تساطنهم وكذا

الاشخاص اصحاب السن المتوسط تكثر اصابتهم بهذا المرض واما المتقدمون في السن فيندر اصابتهم به وما يساعد على ظهوره هذا المرض تأثير الوسائط الرديئة الصحية التي من جملتها تراكم عدد عظيم من الاشخاص في المساكن او قسلاقات العساكر ونحو ذلك والاشخاص المعرضة لتلك المؤثرات تكون في اثناء انتشار هذا المرض اقرب لخطر الاصابة من غيرهم \* (تنبيه) \* قد شاهدنا هذا المرض على صفة وبائية في العساكر المصرية ولاسيما السودانية سنتين متواليتين أعني في برمودة سنة ٨٧ وكذا السنة التي بعدها في برمودة وفي كل مرة شاهدنا نحو الثمانين حالة وكان سبب هذا الوباء القاصر على العساكر متعلقا ولا بد بتسلطن بعض مؤثرات صحية غير جيدة وبمؤثرات ميازمانية كما ذكرناه ولم نعلم بان احدا سبقنا بمثل هذه المشاهدة وكان عدد المصابين به من دخل البيمارستان العمومي بمصر من اللمانيين الى المائة في كل مرة في زمن قريب ولم ينفه الا بعد تباعد الاسباب واتخاذ الشروط الصحية الجيدة

\* (الصفات التشريحية) \*

في الاحوال الحديثة تكون التغيرات التشريحية مطابقة لبعضها كما سيأتي وهوان الجثة لا يظهر فيها تخافة ويستطيل التيمس الرمي ويوجد كدم رمي ممتد على ظهر الجسم وفي كثير من الاحوال يشاهد حويصلات هرسمية خافة على الوجه وغيره من اجزاء الجسم وتكون العضلات مسهرة وفي بعض الاحوال تكون باهتة

وقبوة الجمجمة تكون كثيرة الدم ويوجد في الجيوب المستطيلة كمية عظيمة من الدم السائل او المنعقد على هيئة جلمط رخوة والام الجافية تكون تارة كثيرة التور وتارة قليلا منه ومغطاة احيانا بتراكومات دموية صغيرة او التهابية سهائية جافية ولا يوجد غالبا بين السحايا الجافية والعتكبوتية انسكاب واما المسافات تحت العنكبوتية فتحتموى على انسكاب يكون بالنسبة لا انتشاره وشكله على هيئة متوسطة بين الانسكاب القيصي اللينفي في التهاب السحائي لقبوة الجمجمة وبين الانسكاب القيصي الهلامي في التهاب السحائي القاعدي ويكاد يكون محذب النصفين السكر بين العظيمين مصابا

كالقاعدة لكن القاعدة أشد اصابة منه ويكون النضج في قسم تصالب  
العصب البصرى وحفرتى سلويوس وقاعدة المخيخ عظيمها والاعصاب  
الناسئة من قاعدة المخ تكون محاطة بهذا النضج والمخ نفسه يكون محتويا  
على كثير من الدم بدرجات مختلفة وقوامه متناسفا وفي محيط الجيوب  
يكون هذا القوام عجينيا سهل الذوبان ويكاد يوجد على الدوام في الجيوب  
الدماغية قليل من سائل قيحي ويندر وجود كمية عظيمة من سائل مصلي  
صافي فيها

والام الجافية للخاع الشوكى يكون احتماؤها على الدم متفاوتا وقد تكون  
متوترة في اجزائها السفلى ويوجد بين الام الجافية والعنكبوتية الشوكية  
سائل قيحي عكرو متفاوت السكمية والعنكبوتية لا يظهر فيها تغيرات سوى  
تكدر واضح ويوجد بينها وبين الام الحنونية سائل قيحي متفاوت السكمية  
ومنسوجها من تشنج بنضج قيحي هلامي وامتداد هذا الارتشاح يكون غير  
مستوفى في معظم الاحوال يكون الجزء العنقي غير مصاب ويبتدىء التغير  
المرضى من الجزء الصدرى ومنه يمتد الى جهة الاسفل حتى يصل الى ذيل  
الفرس اى الطرف السفلى من الخاع الشوكى ويكاد يكون قاصرا على  
السطح السفلى من هذا العضو والمحال المر تشعته تكون حلقا غير منتظمة  
عريضة من الوسط ضيقة من الاطراف وتكون هذه الحلقا منضجة مرتبطة  
بعضها باشرطة دقيقة مصاحبة للاوعية الغليظة ويكون منسوج الام  
الحنونية في المحال التى لا ترتشح فيها بالمادة القيحية الهلامية منسوجا ناعما  
عكروا الخاع الشوكى يكون محتويا على كمية متفاوتة من الدم ومن تشعها  
أحيانا بمادة مصلية ورخوا وقد وجد في حالة شاهدها المعلم منسوجا  
المر كزية لهذا العضو متددة وممثلة بمادة قيحية

وفي باقى الاعضاء لا يوجد تغيرات أخرى مهمة بقطع النظر عن طرف بعض  
المضاعفات والصفات التشريحية في الاحوال المسخية المدلم تعرف  
الامن مشاهدات قليلة فقد وجدت في حالة من هذا القبيل كان فيها النضج  
منسوجا ومكابدا للاستحالة الجينية مع تجمع عظيم من مواد سائلة  
في الجيوب وذ كر غيرنا تغيرات مماثلة لذلك

## \* (الاعراض والسير) \*

ولنرجع الى ما ذكرناه غير مرة من ان اعراض التهاب السحايا الدماغى الشوكى الوبائى وسيره يوجه جميعها بالتغيرات النشربحية المرضية للسحايا الدماغية الشوكية وانه بذلك يميز هذا المرض عن أغلب الامراض التمهيمية الحادة فان جميع ما ذكره هذا الاعتبار يرفض بسهولة بكونه فى التهاب الرئوى الحقيقى الذى لا يعتبره احد من جملة الامراض التسممية الحادة توجد بعض اعراض كالطفح الهرسى والبول الزلالى وغير ذلك مما تعمير نسبه للتغيرات التهابية فى جوهر الرئة والنضج الغزير الحاصل فى الخلايا الرئوية كما هو الواقع بالنسبة لبعض الاعراض غير المستقرة للالتهاب السحائى الدماغى الشوكى الوبائى

ثم ان ظهور هذا المرض يبتدئ أحيانا فى قليل من الايام بظواهر سابقة كالام خفيفة فى الرأس والظهر لكن فى العادة يهجم دفعة واحدة بقشعريرة متفاوتة الزمن يصحبها بسرعة آلام شديدة فى الرأس وفى اغلب الاحوال والم الرأس يرتقى بسرعة الى درجة قوية فيصير المريض فى حالة قلق وضجر عظيم وتنضابق الحدقة والقوة المدركة تبقى سليمة وتكون سرعة النبض من ٨٠ الى ١٠٠ والحرارة متوسطة وسرعة التنفس من ٣٠ الى ٤٠ فى الدقيقة وغالبا يشاهد فى انتهاء اليوم الاول او الثانى انجذاب الرأس الى الخلف ويظهر غالبا فى هذا الزمن طفح هرسى حول الفم وعلى الوجنتين والجفنين والاذنين بل والاطراف احيانا ويسفر التشكى بالم الرأس الشديد ويمتد هذا الالم من الرأس الى القفا والظهر ويرتقى ضجرا المريض الى ارقى الدرجات وتضطرب افكاره وتبقى الحدقتان منقبضتين ويقتسف البطن ويحصل اعتقال ويرتقى كل من النبض وسرعة التنفس زيادة عن المائة وعشرين ضربة فى النبض او اربعين حركة تنفسية واما درجة الحرارة فتبقى منخطة وانما ترتقى زيادة عن ٣٩ وفى اثناء اليوم الثالث والرابع من ظهور المرض تظهر التشجات التيتنوسية فى عضلات القفا والظهر وقد تكون مصحوبة بالكرزاز وحيثما تكون تيتنوس خلفى واضح وينطى الادراك ويؤزل لكن

المرضى يبقى مستمر على حالتي الضجر والقلق ويستمر انقباض الحدة  
واعتقال البطن وانخسافه ويخرج البول بدون ارادة او يمتسب في المثانة  
فيحتاج الحال لاستفرغه بالقسطرة ثم ان المريض الفاقد الادراك يقع  
في حالة غدر تام ويصطحب التنفس بخر اخر شخيرة و يهلك المريض  
بظواهر الاوذى الحاد

وفي بعض الاحوال الثقيلة تظهر الاعراض السابق ذكرها في زمن أقل مما  
ذكر في زوال الادراك في اليوم الاول وبحصل أشنج تيمنوسى شديد  
في عضلات القفا والظهر بحيث يجذب الرأس بشدة نحو القفا وعند ما يكون  
سير هذا المرض شديدا جدا يمكن ان يطرأ الموت في اليوم الاول او الثاني  
وبالجملة فهناك أحوال نادرة فيها يسير هذا المرض بسرعة أكثر من السابقة  
بحيث يهلك فيها المريض بظواهر الشلل العام في قليل من الساعات بدون  
ان تتضح الاعراض التيمنوسية الواصفة لهذا المرض

لكن هذا المرض وان ابتدأ بالكمية السابقة وسار كما تقدم في الايام الاول  
لا ينتهى بالموت على الدوام فن العلامات الجيدة تعتبر عادة تناقص الهذيان  
المستمر وتحسين حالة الادراك ولومع استمرار ألم الرأس والظهر والتشنج  
التيمنوسى لعضلات الظهر وعند تقدم حالة تحسين المريض يمكن زوال  
جميع الظواهر المرضية في قليل من الايام وتبدئ النقاهة عند المريض  
ولوانها تستطيل جدا

وقد يكون التحسين في حالة المرض غير تام وتستطيل مدة المرض وفي مثل  
هذه الاحوال يمكن مضي اسابيع بدون ان تبدئ النقاهة فيستمر ألم الرأس  
وجثاوة القفا والتيمنوس الخفيف وبشلل بعض الاعصاب المحركة او  
الوظائف الحيوية تنشأ صورة مرضية مضاعفة واغلب مثل هؤلاء المرضى  
يهلك بتقدم التهوكة

ولند كرأخيرا الاحوال ذات السيرات المتقطع من هذا المرض ولم أشاهد منها  
الاحالة واحدة والمعلم هرش يميز لذلك ثلاثة اشكال ففي الشكل الاول يحصل  
التقطع في دور الظواهر السابقة بحيث تحصل جملة نوب وظواهر سابقة  
واضحة ثم تزول بالسكينة ثم تحصل نوبة جديدة يعقبها هجوم هذا المرض

واستمر ارسيره وفي الشكل الثاني يحصل في اثناء ارتقاء هذا المرض الى ارقى  
الدرجات انحطاط عام يخاف في الظواهر المرضية لكن يعقب ذلك في اليوم  
التالي تماثل جديد في الاعراض وقد يتردد هذا الانحطاط عدة مرات على  
صفة طرز يومي كثير الانتظام او قليله وفي الشكل الثالث وهو الشكل  
الغالب ومن جملة الحالات التي شاهدها تحصل تقطعات واضحة مدة  
النقاهاه وذلك ان الاعراض التي بقيت بعد انتهاء سير المرض سيما الرأس  
وجثاوة الفقا يحصل فيها تماثل شديداً حيناً مدة طويلة من الزمن على شكل  
طرز يومي وفي اثناء التغيرات تكون حالة المريض مطابقة

ولنشرع الآن في ذكر الظواهر المرضية كلا على حدتها بعد ان شرحنا  
اعراض هذا المرض وسيره على العموم فنقول

اما ألم الرأس الشديد فلا يفقد ولو في الاحوال التي فيها ينتهي هذا المرض  
بالموت بعد قليل من الساعات أعني الشكل الصاعق واما في الاحوال التي  
فيها يسير هذا المرض سيرا اعتياديا فامرضى فيها تشتكي من نفسها بالم  
في الرأس او بعد السؤال وذلك مادام الادراك غير متكدر ويظهر ان كلا  
من الضجر والقلق والايين الذي يصاحب تكدر الادراك يتعلق بالم الرأس  
وبالجملة توجد بعض احوال في اثناء تسلطن وباء هذا المرض فيها يحس بعض  
المرضى ولو بدون هجوم هذا المرض بالآلام شديدة في الرأس تستمر جملة ايام  
ولا يمكن توجيهها ولا معرفة السبب الناتجة عنه ومثل هذه الاحوال تعتبر  
اشكالا اجهاضية في هذا المرض

واما ألم الظهر والقفا فانه يطرأ عادة بسرعة مع ألم الرأس او فيما بعد وهذا الألم  
يزداد بالاضغط على النتوءات الشوكية للفقرات ويرتقي لدرجة عظيمة (مع  
بعض استثناءات) عندما تزيد المرضى تحريك العمود الفقري او عند  
تحريك القبرله ويمكن فيما اذا استتال المرض زمنا طويلا يزداد هذا الألم  
عند تحريك العمود الفقري مدة اسابيع

واما الاحساسات المؤلمة في الاطراف فهي بلاشك من طبيعة عصبية وناشئة  
عن تميج الجذوع الخلفية من نخاع الشوكي وليست من الاعراض الملازمة  
وربما لا تحصل الا عند تحريك العمود الفقري



واما ثوران حساسية الجلد وقد هافيشاهد في الايام الاول من هذا المرض واحيانا في مدة جميع سيره ان ملاسة الجلد غير اللطيفة تكون مؤلمة للمرضى فيزيد ضجروها وانيتها كلما أريد تغيير وضعها في الفراش او القرع على بعض أجزائها ثم فيما بعد يفقد هذا الاحساس بحيث لا تحس المرضى ولومع تهيج الجلد الشديد ومع ذلك ففي مثل هذه الاحوال لا ينسى الخدر الذي تقع فيه المرضى من فقد الحساسية الدماغية وأقل من ذلك فقد الحساسية الجلدية الدائرية المبينة بان المرضى ولومع ادراكها التحس بتهيج الجلد الابلقة ولا تحس به بالسكينة وهذه الظاهرة تتعلق بانطفاء قابلية تنبيه الجذوع الخلفية العصبية بسبب التهابها

واما التشنجات التيتنوسية لعضلات القفا والظهر فلا تفقد الا في أحوال نادرة من التهاب السحايا الصاعقي وفي ابتداء يكون الرأس قليل الانجذاب الى الخلف ثم يكون فيما بعد زاوية قائمة تقر يبامع الجسم وبهذا الوضع وبالتيتموس الخلفي للجزء الصدري والقطني من العمود الفقري يتعذر بالسكينة على المرضى الاستلقاء على الظهر فان ارتقى التيتنوس الى الدرجة العظمى حصل ولا بد تعذري حركات التنفس وهذا العرض قد يزول قبل الموت بقليل والغالب ان يسهر بدرجة متفاوتة الى الممات أو الى حصول النفاة

واما التشنجات الصرعية فنادرة الحصول وهذا الامر مع امتداد الانسكاب على السطح المحذب من النصفين الكريين العظمين للدماغ مستغرب واما الشلل فالغالب فيه ان تفقد ظواهر الشلل الحقيقي الى الموت ومع ذلك فهناك أحوال يحصل فيها شلل النصف الجانبي من الجسم (أى الفالج) أو شلل النصف السفلي منه كما وان هناك أحوال عديدة يحصل فيها شلل في أجزاء العصب الوجهي او المحرك للقلبة أو المبعدها وتوجيه ذلك سهل بل قلته حصولها مستغرب

واما الاضطرابات العقلية فانه في ابتداء المرض يكاد يكون الادراك غير مضطرب والمرضى لا تحس الجواب على ما يوجه لها من الاسئلة لسكن عما قر يب يحصل عندهم عدم راحة وقلق ثم تصير في قلق من السؤال فلا تجاب

الاعم السامة اجوبة غير تامة و يوجد عنددهم في الابتداء نوع هذيان  
لا ينقطع الابعض دقائق وهو واصف للدور الاول من هذا المرض ثم يظهر  
عند أغلب المرضى هذيان مختلف الشدة بخلافه حالة خدر

واما اضطرابات الحواس فمنها الالتهاب القرني وهو ينتج عن عدم غلق  
الاجفان غلقا تاما عند ضعف العضلة المحيطة الجفنية ضعفا نصف شللي  
والالتهاب المشيمي النضحي والالتهاب الشبكي ويغلب على الظن ان ذلك  
نتيجة امتداد الارتشاح الصديدي على مسير العصب البصري من تجويف  
الجمجمة الى المقلة ولا يندران يؤدى ذلك لفقد الابصار والصمم يحصل بكثرة  
في هذا المرض بحيث يجهنمنا القول بأنه ينتج عن عدة أسباب اهمها امتداد  
الارتشاح القبيح على مسير العصب السمعي والاذن الباطنة

واما الطفجات الجلدية فاكثرا ما يشاهد منها الحويصلات الهر نسيمة وأقل من  
ذلك مشاهدة الايريتما والوردية والانجريدية والبقع الكدمية والعرق الخبيث  
وكثرة حصول هذه الطفجات ولا سيما وضعها المسامت المنتظم يودى للقول  
بانها تتعلق بتغيرات في أعصاب التغذية كما ثبت ذلك في الطفح الهربسي  
المنطقي في أحوال الآلام العصبية كما أثبتته بفرنس برونج

واما الحمى ففيها يفقدت المشاهدات سمسن العديدة الا كيدة الطرز المنتظم  
فلا يوجد الا قليل من خطوط تقوسات درجة الحرارة مشابه لبعضه بل الغالب  
ان توجد قذفات وثورانات بخائية قصيرة المدة في درجة الحرارة وبالجملة يكثر  
وجود الطرز المتردد مع ثورانات من نصف درجة الى درجة واما درجة  
الحرارة العالية جدا فنكاد لا توجد الا في الاحوال الثقيلة التي تنتهي بالموت  
وفي غالب الاحوال لا ترتقى زيادة عن ٣٩ واما الطرز المتقطع من الحمى  
الذي يظهر أحيانا مع باقي الظواهر المرضية في اثناء النقاهة فيعتبره سمسن  
حمى امتصاص بخلاف الطرز المتقطع الحمى في الاسبوع الاول والثاني من  
المرض فانه يعتبره ارتقاء متتابع الالتهاب السحائي وسرعة النبض  
لا يستنتج منها ارتفاع درجة الحرارة فقد تكون عظيمة جدا مع توسط درجة  
الحرارة ويندران يشاهد في ابتداء هذا المرض بطء في النبض

## \* المعالجة \*

الاحوال التي يستخرج منها جودة الطرق العلاجية الموافقة لهذا المرض والتي  
تجدي نفعاً هي التي يتعمش فيها بالتجاح من قبل وذلك مطابق لما شاهد  
في جميع الاوبئة الخبيثة القتالة لجميع الامراض ومن رام تجربة الطريقة  
العلاجية في الاشكال الثقيلة من هذا المرض فلا يتحصل على نتائج مهمما  
كانت الطريقة العلاجية وكون المعالجة المستعملة في الالتهاب السحائي  
الذاتي التي هي عبارة عن استعمال التبريد بواسطة الوضعيات الجليدية  
على الرأس وارسال العلق خلف الاذنين وتعاطي الزئبق الحلوم الباطن  
يوصى بها كذلك في الالتهاب السحائي الدماغى الشوكى الوبائى يتضح ذلك  
من منفعتها الواضحة في المرضى الذين يظهر عندهم مبادئ هذا المرض  
بتأثير وبائه المتسلطن اى الذين يصابون بالآلام الرأس والقفص بل وفي  
الاحوال الواضحة من هذا المرض قد ثبت نجاح هذه الطريقة العلاجية  
طبة التجارب أغلب اطبا الذين شاهدوه وصار رأى من لم يرتجحها منها  
ارتكانا على مشاهدة الاحوال الثقيلة منفردا وليس عندي تجارب مؤيدة  
لتصاح المورفين من الباطن والحقن تحت الجلد به مع المعالجة الباطنية  
المضادة للالتهاب لكن هناك مشاهدات عديدة سيما مشاهدات سمسن  
ومنكوف تؤيد نجاح ذلك سيما الحقن تحت الجلد بالمورفين وقال سمسن لم  
نشهد من الحقن المذكور اذ في ضرر ولو تسكر استعماله بل شاهدنا منه  
نجاحات سكينيا عظيما بحيث يظهر مع التبريد على الرأس وسائط عظمى  
في معالجة الالتهاب السحائي

واما استعمال الكيمينين ولو في احوال هذا المرض الواضحة التقطع فليس  
فيه اذى منفعه كما تحقق ذلك عند كثير من اطبا المشاهدين لهذا  
المرض

\* (تسبيه) \* فذكرنا اننا شاهدنا هذا المرض سنتين متواليتين  
في بيارستاننا العمومى وهما سنة ١٢٨٧ وسنة ٨٩ ميلادية وكانت  
المشاهدة في اثناء الفصل الحار من السنة وفي كل وباء كان عدد الاحوال  
المشاهدة في مدة قليلة نحو الشهرين من السنتين الى الثمانين وجميعها بالعساكر

الوطنية ولا سيما السودانية

أما ما يخص التشريح المرضي فلم أجد في اختلاف مما ذكره المؤلف في كتابه هذا مع اني كررت فعل الصفات التشريحية مرارا عديدة غير اني انبه على شيئين كانا واضحين بكثرة في هذه الصفات وهما الاول وهو كثة النضج المرضي القبيح اللين على قاعدة الدماغ من الخلف ولا سيما الخنج والنخاع المستطيل بحيث كاد يكون على هذه الاجزاء طبقة ليفية قيحية مستوية كما غطيت هذه الاجزاء طبقة كثيفة من الدهن والثاني لين النخاع الشوكي المربع سيما في النخاع المستطيل والجزء العلوي من النخاع الشوكي بحيث انه عند شق الطبقة العمدية الخاص بالنخاع من هذه الاجزاء كان يسيل على هيئة مادة مبيضة كثيفة متجانسة كاللبن الكميض وباقى التغيرات التشريحية هي بعينها كما ذكره المؤلف

واما بالنسبة للاعراض فلم يكن عندي ما اضيقه اليها زيادة عما ذكره المؤلف الا انه على اختلاف الاحوال وكثرة المشاهدات اقول انها شوهت بجميع تنوعاتها وتسلطن بعضها احيانا دون الباقي

واما بالنسبة للمعالجة فاننا كنا نعمل المعالجة التي تقدمت مع الاهتمام بالاكثر بما ذكره من أعنى المعالجة الباطنة المضادة للالتهاب ولا سيما لديجيتال والحقن تحت الجلد بالمورفين والوضعية الباردة على الرأس وقد شاهدنا نجاح هذه الطريقة حتى كاد الشفا يكون اكثر من النصف في مجموع الاحوال خفيفة او ثقيلة ولاجل بيان حالة هذا المرض ومعالجته اذ ذكر مشاهدتين من عدة مشاهدات انموذجا تلقتاهما أحدا تلامذتي وهو سعد ساه في الاكلينك احداهما ما انتهت بالشفاء والاخرى انتهت بالوفاة وقفلت فيها الصفات التشريحية فالاولى انه قد حضر في يوم السبت الموافق ٨ برمودة سنة ٨٧ فيلادية الى قسم الامراض الباطنة الجهادية بالقاعة الاولى نمرة ١٩ شخص يدعى محمود بن اسماعيل من ٤ بجي ياده غرديان ١ بجي اورطة بنينه متوسط القوة ومن اجه لينفاوى عصبي وسنه نحو الثلاثين

وكان هذا الشخص عند حضوره يتشكى بالآلام شديدة في الرأس ممتدة الى

القفا والعمود الفقري العنقي الظهري مع فقد خفيف في الادراك وحالة  
هذيان وانقباض في عضلات القفا والظهر بحيث كان الرأس منجذباً الى  
الحلقف انجذاباً خفيفاً ومعه أيضاً انقباض تشنجي في الاطراف وكزاز واضح  
وكل من النبض والحرارة قليل الارتفاع وجميع هذه الاعراض كانت  
معه من اول يوم

وفي اليوم الثاني كانت حالة المريض ما أذكره وهو ان حالة الادراك  
كانت متحسنة وكذا حالة الهذيان وأما ألم الرأس ومعه فكان كالיום  
السابق وانقباض عضلات القفا والظهر كان على حالة تشنجية تيمنونسية  
والحساسية العمومية موجودة غير انها متناقصة بحيث لا يكاد يحس  
المريض بالقرص والحذقتان منقبضتين واللسان مبيضاً والنبض بطياً  
وحرارة ظاهر الجسم منخفضة فأمر له حينئذ بالاستفرغانات الدموية الموضعية  
على الظهر بواسطة المحاجم التشريطية وارسل نحو عشر من علقته خلف  
الاذنين واعطى له مسهل مكون من اثنتي عشر قمحاً من الزبيب الجلو واثنتي  
عشر قمحاً من الجلبة تفعل ثلاث ورفات احداها صباحاً والثانية ظهراً  
والثالثة مساءً وأمر له كذلك باستعمال المكدرات الباردة على الرأس بعد  
حلقه ولطفون ألم الرأس والقفا شديد اجتاحقن بالمرقن تحت الجلد  
وبملاحظة المريض وجدت حالته تقريباً كالضباح انما ألم الرأس كان  
متناقصاً وانقباض عضلات العنق خفيفاً وكان قد أثر فيه المسهل  
جملة مرات

وفي اليوم الثالث وجد ان المريض حافظ لقوته العقلية وانقباض الاطراف  
العضلي كاد لا يوجد وأما الذي في القفا والظهر فهو وان كان موجوداً الا  
انه اخذ في التناقص بحيث ان المريض كانت له قدرة على فعل بعض حركات  
في العنق وانما ألمه للامام كانت عشرة وكل من ألم الرأس والعنق والظهر  
لم يزل مستمر الا انه متناقص وبالضغط على فقرات القسمين الاخيرين  
كان يزداد وكانت الحذقتان ممددتين غير متحركتين واللسان مبيضاً  
والبطن منقبضاً والنبض بطيئاً غير منتظم يصل الى ٦٠ في الدقيقة  
الواحدة

وفي اليوم الرابع وجدت الاعراض تحسنة يعني ان ألم كل من الرأس  
والقفا والظهر متناقص وتعدد الحدقتين أقل من اليوم السابق وكذلك  
الانقباض العضلي في القفا والظهر أقل والحساسية العمومية متناقصه غير  
ان الخدر أكثر وضوحا والنبض متزايد حتى انه وصل ٩٦ في الدقيقة  
الواحدة والحرارة بلغت ٣٩ درجة وخطين تحت الابط

وحيث ان الاعراض الحمية كانت متزايدة عن اليوم الماضي امر المريض  
اذذاك باستعمال منقوع الديجتالا ١٢ قهقه في ست اواق من الماء مع  
جرام من ملح البارود مع التمداد على المكبات الباردة على الرأس  
وكذا امر له بوضع جراحة عريضة على القفا ولم يعط سوى بعض اغذية  
سائلة خفيفة جدا

ثم في اليوم الخامس وجدت اعراض المريض الحمية وخلافا لها تحسنة  
والنبض والحرارة متناقصا عن اليوم قبله وانما تشكى المريض بالآلام  
شديدة في مفصل الركبتين ولا سيما الجهة اليمنى حتى انه من شدتها لم يستطع  
تحريك الاطراف السفلى وتمادينا على المعالجة هكذا في اليوم السادس  
وانما يزيد عليها استعمال مروخ كافورى مسكن

ثم من اليوم السابع الى العاشر اجرينا هذه المعالجة السابقة مع  
تنوعات خفيفة بحسب ثوران بعض الاعراض او الخطاها وهكذا

وفي اليوم المتمم للعشر ين منع استعمال الديجتالا بالكليية حيث ان ارتفاع  
الحرارة والنبض زال بالكليية ولم يبق سوى الضعف والام الرأس والقفا  
وثوران خفيف في الحى مساء وتمادينا هكذا على المعالجة الى ابتداء شهر  
بشنس مع استعمال الاغذية اللطيفة حتى تم شفاؤه المريض وترك  
المارستان في ١٨ بشنس على احسن حال انتهى

واما المشاهدة الثانية فهي انه في ٢٣ برمهات سنة ٨٧ حضر الى الاشباليه  
الكبرى بالقصر العيني شخص سودانى يدعى عبد الله من عساكر ٧ بجى  
بلوك ٢ بجى أورطه ٢ بجى بياده ولدى حضوره صار الكشف عليه فوجد عمره  
نحو عشرين سنه نحيف البنية ذا مناج عصبي ومعه المودوار فى الرأس مع  
حرارة فيه وفي بقية الجسم والام فى القفا والظهر مع تقاص فى عضلاتهما

والحدقتان كانتا منقبضتين قليلا والنهض سريرا خفيفا غير منتظم ومع ذلك فكان المريض حافظا الادراك نوعا فامر له بالمكدرات الباردة على الرأس بعد حلقه واجريت له الحمامة التشريطية خلف الاذنين وفي صبيحة يوم حضوره ازدادت الاعراض السابقة وقرع الادراك رأسا وحدث عنده هذيان جنوني مع ضجر وقلق عظيمين حتى يكاد لا يطيق ملابسه ولا النوم على السرير وغير ذلك والانقباضات العضلية لا تقا والظهور كانت متزايدة بحيث انها اكتسبت الجذع شكل القوس مع وجود آلام فيها تزداد بالضغط وكان يوجد أيضا انقباض في عضلات البطن والاطراف لاسيما السفلى فكانت منتبذة على الحوض لشدة انقباضها والحساسية العمومية متزايدة جدا بحيث يتألم المريض من أدنى شيء والنهض خفيفا جدا مع السرعة وعدم الانتظام وقد وصل الى ٨٤ والحرارة كانت مرتفعة حتى وصلت الى ٣٩ وخطين وبالخصوص حرارة الرأس وكانت الحدقتان منقبضتين جدا واللسان أحمر جاف فأمر له في ذلك اليوم بالاستفرغات الدموية الموضعية على مؤخر الرأس والقفا والظهر (بان وضع له عشرة ونعلاقة خلف الاذنين وفعل له اثني عشر محجما تشريطيا ستة على القفا وستة على الظهر) واعطى له مسهل من الجلبة والزبيب الحلو من كل ١٢ قومة في ثلاث أوراق على ثلاثة اوقات في مدة النهار مع التمادي على المكدرات بالماء البارد على الرأس ولم يعط له في ذلك اليوم غذاء

وفي اليوم الثالث كانت الاعراض على حالتها المماثلة للنهض كان ٨٨ والحرارة ٣٨ واربعه خطوط فاستعملت المعالجة بعينها وزيد عليها حقنة مسهلة (من منقوع السفارطل ومن الملح المروقيتان) لعدم تأثير الاوراق المسهلة السابقة ولشدة الآلام استعمل له الحقن بالمورفين تحت الجلد ولم تزل حالة المريض في هذا اليوم بهذه المثابة بل زاد التشنج العضلي حتى عدم الجسم وازداد التيقوس بحيث وصل جسم المريض لحالة التيبس حتى لو جبر على انبساط احد الاطراف لتألم من ذلك تألما شديدا فضلا عن عدم استطاعته ووجد عنده

كراز شديد ممتقطع بحيث لا يمكن فتح فمه ولو بخفض الفك السفلي بيد اجنبية  
 وكان مع ذلك ممتطعا وكانت عيناه مغلقتين غالباً و عند انفتاحهما يحصل  
 له فرغ من الضوء و احياناً تكونان شاخصتين و الجذقتان ممتددتين قليلاً  
 ودرجة الحرارة وصلت بالترمو متر الى ٣٩ وكان النبض خفياً جداً  
 بطيئاً غير منتظم و وصل الى ٨٤ و ظهرت ثمرة الحقن المسكن نوعاً حيث  
 كان المريض لا يتألم بالضغط على قسمي القفا و الظهر

و بملاحظة مساء و جدان الانقباض العضلي التشنجي للاطراف صار مصحوباً  
 بارتعاش ممتقطع و في اثناء الليل انحطت ظواهر التهيج فكانت حاصل للمريض  
 هدوءاً و استراحة و نوم عميق و هذا بعد ان تبرز على فراشه بدون ارادة  
 و كانت مواد البراز سائلة مسودة كثيرة الكمية كريهة الرائحة و تمادى  
 على هذه الحالة الى الصباح

و في اليوم الرابع تناقصت الحساسية العمومية و كان النبض خفياً بطيئاً  
 جداً غير منتظم و وصل الى ٦٠ و الحرارة ٣٨ و خط واحد و باقى  
 اعراض الليلة السابقة كما كانت عليه

و فعلت المعالجة السابقة بعينها و زيد عليهم اوضع اللبخ الخردلية المتحركة على  
 الاطراف السفلى

و بالبحث عنه وقت الظهر شوهد فيه انخفاط جميع اعراض التهيج و فقد  
 الحديان الجنوني بالكلية و حل محل ذلك حالة سبات و كوما عظيمين ولم يزل  
 هكذا الى الليل و بالبحث اذ ذلك شوهد تنوع الانقباض العضلي بحيث  
 كان في الشق الايسر من الجسم اقوى منه في الشق الايمن و كذلك الاحساس  
 فكان المريض لم يتألم في الجهة اليسرى بخلافه في اليمنى و بقية اعراض  
 هذه الليلة كالتى قبلها و التبرز بعينه

و في اليوم الخامس وجدت الاعراض التهيجية آخذة في الانخفاط  
 و الاحساس مفقوداً في الشق الايسر و ضعيفاً في الايمن و انقباض العضلات  
 بالعكس اعنى موجوداً في الشق الايسر دون الايمن و متزايداً جداً في الظهر  
 و القفا حتى كادت قيمة راس المريض تحاذى ما بين كفيه و زال الكزاز



بالكلية وازدادت حالة السبات والكوما وتواتر النبض وازدادت الحرارة  
فوصلت الى ٣٩ درجة

فأمر له حينئذ بالمصرفات الشديدة على القفا بان وضع له خراقة عريضة  
تغطي اغلب القفا وما بين الكتفين ولشدة الاعراض الجيئة اعطى له منقوع  
الديجيتالا ١٢ قحمة في ١٢ اوقية ماء مغلي مع اضافة ٢٠ قحمة من ملح  
البار ودوباق المعالجة على ما هي عليه مع اعداد الاوراق المسهولة

و بالبحث عنه ليدلنا على اشهدت حالة السبات والكوما بمحوربة بخدر عميق  
والانقباض العضلي للاطراف متناقصا ولا سيما اطراف الشق الايمن  
والعينان غالباً ساختصتين وقل فزعهما من الضوء بحيث لو قرب نحوهما  
شمعة مضيئة لم يتأثر كما كان سابقا (وذلك دليل على تقدم ظواهر الخمود)  
وعادت درجة الحرارة الى ٣٨ واربعة خطوط وقل تواتر النبض وتبرز  
تلك الليلة مرتين بمواد صفاتها كالسابقة

واما في اليوم السادس فقد شوهد بحسب الظاهر ان حالة السبات والكوما  
خفت نوعا وافاق المريض لا دراكه حتى كان يتطلب الشرب بنفسه كثيرا  
والحرارة قد نقصت حتى وصلت الى ٣٦ وبقى النبض بالكلية وتناقص  
الانقباض العضلي للجدع

فأمر له بمخراقة كالسابقة وبالبخ الخردلية المننقة على الاطراف السفلى ولم  
يعالج بسوى ذلك من الطرق السابقة

وبملاحظته لم يلاحظ في حالة هبوط وجود تام وكان قد تبرز نحو الست  
مرات بمواد مدممة صديدية وزاد نفوس الجدع حتى عاد لما كان عليه اولا  
وابتداء عند التنفس الشخيرى الناتج من امتداد الشلل الى الشعب  
الممثلة بمواد مخاطية لا يتيسر للمريض قذفها وانحطت درجة الحرارة  
بالكلية لا سيما الاطراف وخبث النبض بحيث لا يكاد يدرك واعقب ذلك  
الانتهاه المحزن ليلا

وقد فعلت الصفات التشريحية فمشق فررة الراس وجددت محنة وعند  
رفع قبوة الجمجمة شوهدت اوعية السحايا (الغليظة والرقيقة والشعرية)

عائلة امتلاء زائد بالدم ومكتسبة لونا مسودا اذ كنا وبزعرها شوهه سطح  
 المخ للماعو وجود رشح مصلى عليه تحت الام الحنونة وفي بعض تلافيفه وجميع  
 او عيبه الغليظة الشاغلة لهذه التلافيف كانت عثة جدا بالدم وبالخصوص  
 او عيبه السطح الانسي لانصف الكرى اليمنى ووجد نضح ليني صديدي  
 مصفر شبيه السمن مشتتاه اصفار مختلفة على السطح العلوي من النصفين  
 الكريين ولا سيما على الجهة الخلفية العليا لانصف الكرى الايمن وهذا  
 النضح كان يتبع مسير الاوعية الغليظة المحققة احتقاناشا صيدا بالدم  
 ووجد ايضا هذا النضح على السطح السفلي للرخ شاغلا لاصفار متباعدة عن  
 بعضها وبالخصوص كان تابعا لسريان فرجة سابقوس اليمنى

وبالبحث عن المخيج وجدت اوعية محققة احتقاناز اذ او على سطحه السفلي  
 نضح ليني صديدي خصوصا في شقه الخلفي وكان ممتدا على السطح السفلي  
 للحدبة الخفية بكمية قليلة بخلاف الذي كان امامها فانه كان متكاثفا جدا  
 وتابعا لمسير العصب البصري ومائلالا نقر اج المتكون منه بعد اتصاله  
 وقبله وعند شق جوهر المخ وجد قوامه لينا قليلا وعلى سطحه نقط دموية  
 صغيرة جدا وهذه النقط بعينها شوهت عند شق جوهر المخ والحدبة  
 الخفية لكن كانت فيهما اقل مما في المخ

وبالبحث عن الخاع الشوكي وجدت اغشية محققة احتقاناشا صيدا وبينها  
 طبقة رقيقة من نضح ليني غير متمعض بل سائل لماع وبشق جوهره وجد لينا  
 وشوهه على سطح الشق نقط دموية صغيرة اوصافها شبيهة باوصاف النقط  
 الدموية التي ظهرت عند شق جوهر المخ انتهى

﴿ البحث الحادي عشر ﴾

﴿ في التهاب الدماغ ﴾

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

في التهاب الدماغ كغيره من التهاب الاعضاء القليلة المنسوج الخلوي  
 لا يتكون نضح خلالي بكمية عظيمة بل التغيرات الرئيسة في هذا الالتهاب  
 تحصل في الايساف والخلايا العصبية والمنسوج القليل السكاثر بينهما وذلك  
 لكونها تمتد من تشربها للسائل المغذي ثم تتلاشى فيما بعد بالكلية او

تتكابد الاستحالة الشهوية قبل نل اشهيم او في الحالة الاخيرة وجد  
في البورات الاتهائية كمية عظيمة من اخلية شعوية (وهي الهامة سابقا  
بالسكرات الاتهائية للمعلم جلوكي) ناتجة عن مكابدة كل من الاخلية  
العقدية والنويات العصبية بلا واسطة وعند تقدم الالتهاب الدماغى  
كثيرا ما تتكون اخلية قيصية بكمية عظيمة فينشأ عنم اخراجات تحتوى  
زيادة عن العناصر الاعتيادية للقيح على بقا يامن الجوهر الدماغى المتلاشى  
وهذه الخراجات ايمان تحاط بمنسوج خلوى جديد التكوين أو بالجوهر  
الدماغى اللين الممتد اليه الالتهاب وفي الحالة الاولى تسفى بالخراجات  
المتكدسة

ثم ان الالتهاب الدماغى مرض نادر الحصول فلا ينشأ عن الاسباب المضرة  
الاعتيادية المحدثة لالتهاب غير هذا العضو من الاعضاء والغالب ان يكون  
الالتهاب الدماغى اول نتيجة اسباب جرحية فلا ينشأ فقط عن الاسباب  
الجرحية التى تثقب الجمجمة وتصيب الدماغ بلا واسطة بل كثير ما تحدثه ولو  
مع بقاء جبهة الجمجمة على حالة سلامتها ولو كانت الاسباب المذكورة خفيفة  
في الظاهر ومن الجائز انه في مثل هذه الاحوال يعترى الدماغ رضى عقب  
ارتجاج الجمجمة فيحصل تمزقات وعائية شعرية وانسكابات دموية واهية  
جدا والظاهر انه لا يخلف هذه الانسكابات اعراض مرضية واضحة ابتداء  
غير انها فيما بعد تؤثر فيما حولها من الجوهر الدماغى كتهيج الثبابى فينشأ  
عنها فيما بعد الالتهاب الدماغى وبالاقل توجد احوال فيها يمضى زمن عظيم  
بين الاصابة بالجرحية والعلامات الابتدائية للالتهاب الدماغى ومن  
الالتهاب الجرحى الدماغى أيضا تعتبر الاحوال التى فيها يمزق جوهر هذا  
العضو بواسطة انسكابات دموية عظيمة تؤدى لحصول تغيرات التهائية  
في اجزاء الدماغ المحيطة بها نانيا فدينه اقل الالتهاب الدماغى في بعض  
الاحوال بالتهيج الذى يعترى هذا العضو من التولدات المرضية الجديدة  
ومن البورات المتركة ثالثا قد يندأ ايضا من الالتهاب الكثيرة الاتساج  
لهذا المرض امراض عظام الجمجمة سيما تنسوس العظم المتخزى ولذا كان  
وجود سيلان اذنى هو ما جدا كما سيأتى يسانه بالنسبة للتمييز بين خراج

الدماغ والتولد المرضي الجديد وهناك أحوال فيها تسوس الفلك العلوي  
قد امتد الى قاعدة الجمجمة وأدى لحصول التهاب الدماغى فاني أتذكر  
شخصا في مجد بورغ هلك بعد سنين بجراح في الدماغ بعد حلق جزء عظيم  
من الفلك العلوي بسبب تسوسه رابعا قد يحصل هذا المرض أحيانا في  
مدة سير بعض الامراض التمهيمية العامة حادة أو مزمنة كالتهنيم الصدیدی  
والتيقوس والداء الزهري ونحو ذلك بدون ان يمكننا توجيه ذلك خامسا  
قد يظهر الالتهاب الدماغى بندرة بدون أسباب معلومة عند أشخاص  
سلمين من قبل

**\* (الصفات التشريحية) \***

هذا المرض لا يصيب الدماغ بتمامه مطلقا بل قد يكون قاصرا دائما على بعض  
بورات محتلفة اللحم فتكون من حجم الفولة الى قبضة اليد بل أزيد من ذلك  
وشكلها يكون مستديرا غير منتظم والمغالب ان توجد بورة واحدة ومع ذلك  
فهناك أحوال وجدت فيها عدة بورات ومحاسنها إما في المخ والمخخ وأكثر  
وجودها في الجوهر السنجابي سيما في الجسمين المضاعين والاسرة البهرية  
والجوهر القشري وفي ابتداء هذا المرض تكون اجزاء الدماغ المصابة  
منتفخة رخوة لينة ومنتقطة يقع مجرة بواسطة الانسكابات الدموية الصغيرة  
وانتفاخ البورات الالتهابية يعرف بكون هيئة السطح الظاهر من النصف  
الكبرى العظيم للجهة المرصنة تشابه الانسكابات السكتية وبكون الجوهر  
الدماغى في حالة انيميا بسبب ضيق متسع تجويف الجمجمة وعند شق الجزء  
المرضى من الدماغ لا يرتفع جوهره على سطح الشق وعند اتماره هذا  
المرض زمنيا طويلا يتردد رخاوة الجوهر الدماغى فيستحيل الى عجينة مجرة  
نكسبه فيما بعد بسبب تغير المادة الملونة للدم لونا اسمر صديا أو مصفرا  
أو سنجابيا عندما يكون محتاطا بقليل من الدم وهذه العجينة التي تندفع  
بسهولة اذا سلط عليها لسول ماء ضعيف تشتمل على بقايا الالياف العصبية  
المتلاشية وكرات دموية ونواة خلية وتجمعات نواتية خلوية ونضج جيبى  
دقيق وبقاياها وادعضوية

ثم ان باقى تغيرات واستحالات البورات الالتهابية المعتبرة انتهت الالتهاب

تختلف فاحيانا يتكون حول البورة تولد جديد من منسوج خلوي يحيط بها على هيئة شبكة رفيعة وتكون امتدادات خلائية في باطنها ثم يمتص وتختص هذه البورة فيخلف ذلك تجويف ممتلئ بمادة مصلية او بسائل شبيهه بابن الجير وذلك ما يسمى بالارتشاح الخلائي تبعاً للدور الذي يلعبه كما سبق ذكره عند الكلام على السكته الدماغية وفي بعض الاحوال سيما الاحوال التي يكون فيها هذا الكيس قريباً من سطح الدماغ تتقارب جدره الى بعضها ويرزول منه فيكون في محل البورة ندب تكون ابتداء ذات لون ابيض محمر وذات او عيرة رفيعة ثم تصير مبيضة مندملة فيما بعد وما اذا انتهى هذا الالتهاب بالتقيح فينتج عن ذلك خراجات دماغية والخراج الدماغى الحديث يظهر على هيئة تجويف مستدير بغير انتظام ممتلئ بسائل كثيف مصفر او سبخاني او محمر احياناً وجدره هذا التجويف تتكون من مواد خلية من تشحة بالقبح ويوجد في محيط هذا الخراج لين التهابي يحاط بدائرة او ذمياوية في الجوهر الدماغى ومثل هذا الخراج ايمان يعظم حجمه الى ان يثقب جدر احد الجيوب المخية او يصل للسحايا او ان التقرح يمتد من الدماغ الى السحايا ومنها الى عظام الجمجمة بحيث يمكن ان ينفخ الخراج في الظاهر او فيما يجاوره من التجاويف سيما تجويف الطيلة واما اذا حصل تكيس في الخراجات بتكونت خلائية جديدة فان شكله يصير مستديراً منتظماً اذا جدره لساء وعند استمراره زمنتاً طويلاً تصير جدر الكيس ذات سماكة وبامتصاص الجزء السائل من محتواه ليصير باقى ما احتوى عليه هذا الكيس كثيفاً ثم يستحيل الى مادة جبنية طباشيرية

\* (الاعراض والسير) \*

الظواهر المرضية التي يصطبغ بها التهاب الدماغ هي اعراض تشابه اعراض التزيف الدماغى تارة وتارة اعراض الانيميا والتسكرز الجزئى لهذا العضو وتارة تكون نتيجة الفساد اللاواسطى الذي يحصل في جزء الدماغ المصاب وتارة تكون نتيجة الاضطرابات الدورية في هذا العضو خصوصاً في محيط البورة الالتهابية وحيث انه قد تتلاشى اجزاء عظيمة من الدماغ بدون ان نظرا اضطرابات

وظيفية واضحة وان بعض البورات الالتهابية المتكيسة قد لا ينتج عنها اضطرابات دورية عظيمة داخل الجمجمة فمن الواضح انه قد توجد خراجات دماغية عند فتح الجمجمة بدون أن يتوهم مـدة الحياة وجود آفة مرضية في الدماغ حتى ان بعض أحوال من خراجات الدماغ أيضا التي تسير بدون اعراض غير التأثير المضر الذي تحدثه في التغذية العامة لهذا العضو تصير واضحة باعتبار الاحوال المذكورة فليس من السادر ان لا يشك في وجود آفة دماغية ثقيلة عند مريض عقب حصول ألم أصم في الرأس عنده وانحطاط تدريجي وتناقص في القوة المذكورة حتى يصل الى البله ونموه في الحواس وضعف في الحركات يرتقي الى ان تصير غيرا كيدة لكن ذلك جميعه لا يكفي في الارتكان اليه الى تشخيص خراج في الدماغ بحيث ان عدم معرفة خراج هذا العضو لا تكون مشاهير الاطباء وأكثرها تمرنا مصونة عنه ومثل هذا الخطأ الذي لا يصل الى معلومية العموم مثل بعض التشخيصات الاكيدة من هذا القبيل لا يستغرب فيها الا الجاهل بالمعلومات الفسيولوجية والباتولوجية للدماغ والغير المقرنين على تشخيص أمراض هذا العضو

وهناك أحوال أندر أكثر من السابقة الخفية السير فيها يمكن معرفة هذا المرض مع التفريب او التأكد التام وهو ان كان مجلس البورة في محل فيه يحصل تمزق في المرارة الدماغية لاعصاب الحواس او يحصل بها انقطاع في توصيل الفعل الارادي للاعصاب المحركة او في توصيل المنبهات الحسية لاعضاء الادراك نشأ عن ذلك ولا بد ضعف جزئي في الحساسية او شال جزئي اما فيما يتعلق باعصاب الدماغ من الاجزاء أو فيما يتعلق بالاعصاب الدماغية الشوكية او كليهما معا وكل من ضعف الحساسية هذه والشال قد يمتد في احوال كثيرة الى الطرفين معا واواحد نصفي الجسم وقد يمتد في احوال اخرى على بعض الاجزاء المتوزع فيها عصب دماغي على حدته أو عصب دماغي شوكي وفي هذه الحالة الاخيرة يكاد يكون قاصر اعلى احدى الجهات ايضا اما ضعف الحساسية والشال المزودجين فلا يحصلان الا بكيفية استثنائية ولا يصلان الا في الأحوال التي يكون فيها مجلس البورة الالتهابية في اجزاء

الدماغ المتوسطة غير المزدوجة او التي توجد فيها جملته بورات في اجزاء مزدوجة من هذا العضو ومن ظهور هذه الاعراض لا يمكن الحكم الا بوجود بورة مرضية لكنه لا يمكن منها الحكم على طبيعة البورة فانها تحصل في جميع البورات المرضية المختلفة التي فيها تتمك الياف عصبية واخلية عقديّة عصبية ولاجل وضوح هذا الامر ينبغي اعتبار الاحوال السببية وسير المرض والظواهر المرضية التي يتضح منها تأثير البورة المرضية على باقى اجزاء هذا العضو

فان اتضح ان اعراض البورة المرضية في الدماغ حصلت عقب جرح في الراس بزمن كثير الطول او قليله او كان المريض معتربه تسوس في العظم الصخري قرب من العقل جدا ان المريض مضطرب بالتهاب دماغى واما اذا ثبت انه لم يسبق ذلك جرح في الراس ولا تسوس في العظم الصخري فيكون من البعيد للعقل ان المريض معتربه التهاب الدماغ وهذه القاعدة ان كانت حقيقية على وجه العموم فقد ادت للخطأ في التشخيص في بعض الاحوال فقد وجدت خراجات في الدماغ عند فعل الصفات التشريحية ولولم يوجد قبل ذلك جرح في الراس ولا تسوس في العظم الصخري كما شوهد ان بعض المرضى المصابين باعراض في الدماغ كابدوا اضطرابات او سقطات على الجمجمة وان علامات مرضهم الدماغي الكامن الى هذا الوقت اتضحت بعد ذلك احيانا لكن على العموم الذي يجب التمسك به في الطب العملي عدم اعتبار فعل هذه الاستثنائات الا عند وجود اسباب فورية يرتكن اليها ومع كون التهاب الدماغ لا يكون مطلقا متدا في جميع جواهره بل يكون دائما قاصرا على بعض بورات منه فلا تكاد تفقد على الدوام في ابتداء هذا المرض علامات التهيج للدماغ والسهايا ولو كان ذلك وقتما يزول كتواتر النبض او بطئه بطئا عظيما وارتفاع درجة الحرارة والم الراس والدوار وفقد النوم او النوم على غير هده والمضطرب باحلام من سحجة وثوران في القوة العقلية بل وهذا يان خفيف وزيادة حساسية بالنسبة لجميع المنبهات الحساسة وفاق مع انحطاط في القوى وهذا الابتداء الشديد الذي يعقب يكون تام أو غير تام في الظواهر المرضية يعتبر واصفا للتهاب

الدماغى وخراجه تبعا لجرس عجز ويوجد في جننالات الجنائيات امثلة عديدة  
من احوال فيها اعترى مجموع الاعراض السابقة من الجراحين المعالجين  
انها اعراض حمى جرحية بسبب زوالها بالكتابة ووضعوا اقرارهم على ذلك  
رسميا مع انه عما قليل من الزمن ظهرت في المرضى علامات مرض دماغى  
ثقيل واتضح من الصفات التشريحية وجود خراج في الدماغ كان سببا  
للهلاك عقب الآفة الجرحية بل في الاحوال التي فيها يعقب الاصابة  
الجرحية للججمة ابتداء ظواهر تهيج الدماغ والسحايا المنتشر ثم تناقص  
الوظائف الدماغية فيما بعد بدون اعراض بورية يظن ولا بد بوجود خراج  
دماغى وانما يوجهه فقد الاعراض البورية بكون الخراج مجلسه في محمل  
من الدماغ فيه لا يقطع التنبيه بواسطة هذا الخراج في الالياف الدماغية  
الدائرية والمركزية

ثم ان التأثير الذى تحدثه البورات الدماغية على باقى اجزاء هذا العضو  
تكون اما عبارة عن تضاييق متسع تجوف الججمة ولا سيما الجيوب  
الججمية التي هي مجلس لها وعن احتقان تفممي جانبي وأوذىما تفممية  
جانبية أو تأثير مضر في تغذية هذا العضو بتمامه فبالامر المذكور ابتداء  
يتعلق ولا بد الالم الشديد في الدماغ ونوب الذوال والقنى والآلام الوقتية  
والاحساسات غير المحدودة وضعف الحساسية والتشجات والاعتقالات  
والشلل في بعض اجزاء الجسم وهي ظواهر تصاحب في كثير من الاحوال  
الاعراض المتقدمة ذكرها كما بيناه مع الوضوح في الفصل الثانى والرابع  
وذكرنا انها نتيجة الاحتقان الجزئى والانيميا الجزئية للدماغ وكون تلك  
الاعراض ليست كالأعراض البورية الناتجة بلاواسطة عن التهتك  
الجزئى للدماغ بواسطة التغير المرضى الاتهابى تسمر بدون تغير بل انها  
تظهر تعاقبا محتملا فوجهه اما يازداد عظم الخراج الدماغى زمنا فزمننا  
وبذلك يزداد تضاييق متسع هذا التجوف وبالتناقص والتزايد الوقتيين  
للاحتقان التفممي الجانبي والوذىما التفممية الجانبية ومثل هذا  
التعاقب في الظواهر يتضح بسهولة كثيرة مشاهدته في احوال وجود بورات  
دماغية أكثر مما يوجد في احوال التولدات المرضية الجديدة التي تنوب



لكن على الدوام

ومن العسر توجيه نوب التشنجات الصرعية التي كثيرا ما تحصل في اثناء سير الالتهاب الدماغى فانه ليس عندنا الى الآن نظريات بالنسبة لكيفية منشأها وقد فعلت جملة تقاويم فيها ذكرت الاحوال العديدة من خراج الدماغ والسقي شوهده في البعض منها آلام في الرأس والبعض الانقباضات العضلية والبعض الآخر التشنجات الصرعية وكذا التي فقدت منها تلك الاعراض ونتيجة تلك التقاويم ليس لها الأهمية قليلة في كل حالة تراهنه بالنسبة لتشخيص كل خراج دماغى اعنى بالنسبة للتشخيص التميزى بين خراج الدماغ وتولد مرض جديد والتأثير المضر الذى تحدثه البورة الالتهابية الدماغية في تغذية جميع هذا العضو والذى يطرأ تارة بسرعة وتارة ببطء لكن لا يفقد مطلقا متى استمرت مدة هذا المرض يتضح بالاعراض السابق ذكرها للشلل التدريجى في جميع وظائف الدماغ - وأظن اننا بينا مع الوضوح انه يمكن معرفة الالتهاب الدماغى في كثير من الاحوال ولو انه لا يوجد له علامة ملازمة واصفة له

ثم ان مدة الالتهاب الدماغى تختلف فهناك أ- وال ينتهى فيها هذا المرض بالموت بعد أيام أو أسابيع قليلة وفي احوال أخرى لا يحصل هذا الانتهاء المحزن الا بعد عدة سنين واحيانا يشاهد عند بعض المرضى مع تقدم ظواهر الشلل الدماغى تقدا عظيما بحيث يقع المريض في حالة البله حصول نمو عظيم في الطبقة الشحمية للجسم والموت يحصل اما فجأة عقب ظهور أعراض الالتهاب السحائى بسبب امتداد البورة الالتهابية وسعيها واحيانا يحصل عقب ارتقاء ظواهر السمات والكمو بدون ان يوجد في الصفات التشريحية تغير مخصوص بوجهه هذا الانتهاء المحزن أو ان الموت يحصل عقب طر و أمراض أخرى

وأما الانتهاء بالشفاء فنادر وان حصل فلا يكون تاما حتى في الاحوال التي فيها يتكون محل البورة الالتهابية تكونات خلوية ندية أو التي فيها يتكيس الخراج ويتكلس متحصلة فان بقا بالبورة الالتهابية المذكورة يعقبها ضمور في بعض أجزاء الدماغ وبذلك تبقى وظائف هذا العضو مضطربة

## طول الحياة

## ﴿المعالجة﴾

معالجة التهاب الدماغى قليلة النجاح وفى الابتداء يوصى بمعالجة مضادة  
 للالتهاب طبقا للقواعد التى ذكرناها فى معالجة التهاب السحايا البسيط  
 وذلك متى ظهرت علامات التهيج الدماغى الحاد يظن منها حصول تغير  
 التهابى فى هذا العضو وفى السحايا يمكن بنسبى عند اجراء ذلك المحافظة على  
 قوى المريض فان هذا المرض يوقه فى حالة ضعف عظيم وكذا فى الادوار  
 المتأخرة من هذا المرض قد يستدعى تردد الظواهر الالتهابية بمعالجة مضادة  
 للالتهاب خفيفة وأما النتائج التى تخاف التهاب هذا العضو فليست قابلة  
 للشفاء وإنما باجراء معالجة مقوية للجمع يمكن صير ورتها غير مضره بالنسبة  
 لباقى اجزاء هذا العضو وبعض خراجات الدماغ يمكن أن تكون قابلة لمعالجة  
 جراحية وفى بعض خراجات الدماغ الناتجة عن التهاب اذنى يمكن استعمال  
 الضمادات الفاترة فى سماع على الجهة المريضة والحقن الفاترة المتكررة  
 المهيئة فى القناة السمعية بقصد سرعة انفتاحها واكل من استعمال المحولات  
 القوية على القناة السمعية والمقص والحزام والمركبات الزئبقية قل الا ان  
 كما قل الافراط من استعمال الاستحضارات اليودية التى مدحت بكثرة  
 فى العصر الاخير وإنما لما منع من استعمال بودور الحديد عند المرضى  
 الضعفاء كما وصى به بعضهم لىكن بدون امل فى الحصول على نتيجة عظيمة  
 فلم يبق ثم الاحفظ المريض فى غالب الاحوال من المؤثرات المضره الاخرى  
 مع استعمال تدبير غذائى لطيف ومضاربه بعض العوارض القوية الخطرة  
 فالنوب السكتية مثلا تعالج على حسب القواعد التى ذكرناها فى السكتة  
 الدماغية والالتهاب السحائى الذى يظهر احيانا يعالج بمضادات الالتهاب  
 القوية

## ﴿المبحث الثانى عشر﴾

## (فى التيبس الجزئى للدماغ)

كثيرا ما ذكرنا فى المباحث السابقة تكون تيبسات ندىية فى الدماغ ناتجة  
 عن التهام البورات السكتية أو البورات الالتهابية لىكن يوجد زيادة عن  
 هذه التيبسات الشائعة للتغيرات المرضية المذكورة تيبسات جزئية فى الدماغ

تحصل حصول ذاتيات في بعض اجزاء هذا العضو وهذه التيبسات عبارة عن  
تكاثرات من منسوج خاوي تراحم الاجزاء السليمة من الدماغ وكيفية  
حصول هذه التيبسات الخلوية غير واضحة فلا يعلم ان كان ينموها التيبسات  
أم لا وهذه التيبسات الذاتية كثيرا ما نشاهد في الاطوار المتقدمة من الحياة  
وتشاهد عند النساء أكثر من الرجال بدون ان يمكن معرفة الاسباب  
التي ينتج عنها هذا المرض

وعند فعل الصفات التشريحية توجد الاصفار المتغيرة في الجوهر الابيض  
من الدماغ أكثر منه في الجوهر السنجابي له وعدد هاتين مختلفتين لا يوجد  
الاصفر متمييز وتارة يوجد منه عدد عظيم وهذه التيبسات تكون على  
شكل عقد او بورات غير منتظمة في حجم العدسة او اللوزة وتتميز عما حولها  
من الجوهر الدماغي بشدة صلابتها وقاومتها وعند شقها تظهر خالية عن  
الدم فاقدة للامان ذات لون ابيض ابيض وعند تعريضها للهواء يخرج منها  
مادة مصلية قليلة ثم تيبط و يوجد في مر كز هذه البورات اصفار صغيرة  
مضرقة او سنجابية تنقبض عند شقها ويسيل منها مادة مصلية وعند البحث  
بالمكروسكوب عن هذه الاصفار البيضاء اللبنة المتيمسة يوجد فيها مادة  
حبيبية رقيقة عديمة الشكل وبعض اجزاء عصبية غير متغيرة او الياف  
عصبية واضحة

ثم ان اعراض التيبسات الجزئية الدماغية وسيرها غير واضح بالكلية بحيث  
لا يسهل معرفة هذا المرض مدة الحياة وان امكن تشخيصه في بعض الاحوال  
فما ذلك الا من شدة فطنة الطبيب كما ذكره (فريركس) وحيث ان  
التيبسات الدماغية تكون قاصرة على بعض اجزاء الدماغ ومتباعدة عن  
بعضها ونموها بطيئا تدريجيا فالشال الذي ينتج عنها و صاحبها في سيرها  
وصف مخصوص وهو انه في ابتداء هذا المرض لا يكون عاقلا حتى جهتي  
الجمجم بل يكون قاصرا على بعض العضلات او احد الاطراف والغالب ان  
يكون في الابتداء قاصرا على احد الاطراف السفلى ثم يمتد الى عضلات او  
اطراف اخرى الى ان يصل الى الاجزاء العصبية المركزية المتسلطنة على  
حركات التنفس والازدراد والقلب وامتداد الشال المذكور لا يكون بكيفية

منظمة بحيث ان شلل الطرف السفلي اليميني يعقبه شلل الطرف العلوي اليميني بل ان امتداده يكون غير منتظم بالكلية وهذا ما يؤيد في بعض الاحوال الراهنة كون الشلل ناشئا عن بورات متعددة منفصلة وليس ناشئا عن بورة واحدة آخذة في الامتداد وزيادة عن الشلل الذي هو عبارة عن العرض الواسف للتهيبات الجزئية الدماغية بوصفه وامتداده تشاهد اضطرابات وظيفية أخرى في الدماغ غير انها اقل اهمية في وصف هذا المرض فألم الرأس يفقد في معظم الاحوال غير انه يوجد غالبا آلام دائرية واحساس بتشنج في الاطراف يرتقي الى درجة الاحساس بالخدرف فيها ووقد حساسيتها بالكلية ومن النادر ان يعترى الحواس تغيرات مخصوصة وفي غالب الاحوال يوجد في الوظائف العقلية ظواهر ثوران وان كان يعقبه بسرعة انحطاط عظيم بل ان ظواهر الخمود قد تتضح ابتداء ولا تحصل التشنجات الا في احوال استثنائية دون الاهتزاز في الاطراف فانها من الظواهر المستمرة لهذا المرض ولا يحصل اضطراب التغذية العمومية الا فيما بعد بل عند بعض المرضى يحصل نوع عظيم في الكتلة الشحمية كما يشاهد ذلك في التهاب الدماغى وسير هذا المرض بطئ للغاية ففي معظم الاحوال يكون من خمس سنين الى عشرة وفي اثناء هذا السير يظهر انه يحصل فيه احيانا ووقوف بدون تناقص في الشلل ولم نعلم في تاريخ الطب احوال اشفاقية من هذا الداء والموت يحصل في مثل هذه الاحوال امان امتداد المرض الى النخاع المستطيل واضطراب حركات التنفس او بتردم النوكة التي تحصل في اخر هذا المرض او من طرواعراض اخرى  
وحيث لم يكن للعلاج ادنى ثمرة في هذا الداء فلنقتصر منها على مقاومة بعض العوارض المهمة

### المبحث الثالث عشر

#### (في اورام الدماغ والمصايا)

اورام الدماغ عبارة عن جميع التولدات المرضية الجديدة والطفيلية والتعدّات الوعائية الانوريزماوية لاوعية الدماغ التي تتكون في باطن الجمجمة وشرحها في مبحث واحد لا بد منه في الطب العملى حيث ان التمييز بينها وبعضها بالنسبة لاعراضها وسيرها غير ممكن بل انه يوجد بين اعراض

هذه التولدات المختلفة اشتباه عظيم

في كيفية الظهور والاسباب

كيفية ظهور اورام الدماغ واسبابها غير واضحة بالكليّة وهذا ليس بالنسبة  
للاورام السرطانية والحمية والجليوم والمكسوم بل أيضا بالنسبة  
للتولدات الجديدة المعروفة بالكولستياتوم من أي الاورام اللؤلؤية والسلمع  
والاورام المتكيسة فأما سرطان الدماغ فإنه يحصل في جميع اطوار الحياة  
لكن يكثر في الطور الاخير منها وتارة يكون أوليا ويبقى مكونا للاصابة  
الوحيدة السرطانية للجسم وتارة أخرى يكون تابعا لسرطان غير هذا  
العضو من الاعضاء وكذا باقي التولدات المرضية الجديدة التي ذكرناها  
تحصل على الخصوص في الدور المتأخر من الحياة أيضا وقد ثبت كثرة  
حصولها بقوائم تعدد المشاهدات عند الرجال دون النساء والاستعداد  
المرضى والاسباب المتممة لهذه التولدات المرضية الجديدة مجهولة بالكليّة  
وقد تكرر مشاهدتها حصولها عقب الاصابات الجرحية للرأس لكن  
لا يعلم هل يوجد في مثل هذه الاحوال ارتباط بين الاصابة الجرحية للرأس  
وتكون التولد الجديد ام لا فإنه من المعلوم كثرة حصول الاصابات الجرحية  
الحقيقية للرأس وانتهى في كل حالة تظهر فيها اعراض اضطرابات دماغية  
كثيرا ما يتفحص بالدقة عن حصول هذه الاصابات الجرحية وعدمها وعند  
وجودها تميل الاطباء بكثرة الى نسبة الاضطرابات الدماغية لهذه الاصابات  
الجرحية وارتباطها بها

واما الدرن الدماغى فيكاد يحصل على الدوام عند الاطفال سيما بعد انتهاء  
السنة الثمانية ومن النادر حصول درن الدماغ حصولا اوليا بل يكاد ينضم  
على الدوام الى درن العقدة الليمفاوية ودرن الرئتين ويكون اذ ذلك من  
المضاعفات الثقيلة

واما تكون الاورام الحويصلية والاشينوكوكية اى الديدانية الحويصلية  
فيكون ناتجا عن سبب جرثومة هذه الحيوانات الطفيلية كتسكونها في اعضاء  
الخرى

وأما نوريزما أوعية الدماغ فتنشأ عن الاستحالة المرضية لجدر الاوعية  
التي تنبع عن الانتهاب الشرياني الباطني المشوه  
الصفات التشريحية

اماسرطان الدماغ فيكون أورااما مستديرة أو فصيصة محدودة غالباً في قوام  
وجميع صفات السرطان النخاعي ويندر أن يكون قوامها صلباً كالاسكيري  
وحيث أنه تمتد إلى الجوهر الدماغى المجاور بدون حد واضح ومنشأها يكون  
تارة من الدماغ أو من النخاع أو على الخصوص من الأعم الجافية أو من عظام  
الجمجمة أو انما تنشأ ابتداء من الاجزاء الرخوة الظاهرة أو التجاويف المجاورة  
لهاسيما الخجاجين ثم تمتد منها إلى باطن الجمجمة وليس من النادر حصول  
عكس ذلك بمعنى ان الاورام السرطانية التي تنشأ من الدماغ تثقب الصحايا  
وعظام الجمجمة وتبرز إلى الظاهر والغالب ان يوجد سرطان واحد في  
الدماغ ويكون مجلسه عادة النصفين الكبر بين العظيمين وفي الاحوال  
التي يوجد فيها عدة من هذه الاورام شوهدت كونها في الجهتين المسامتين  
لهذا العضو مع الانتظام والاورام السرطانية الدماغية التي يمكن ان تصل  
إلى حجم قبضة اليد لا تخرج مطلقاً من تبرز جهة الظاهر بل انما قد تكابد  
استحالة تفهقرية بمعنى أنها تصفر من الوسط وتسهل إلى مادة جانبية  
وعند وصولها إلى سطح الدماغ تنكمش فتنبج انبعاثاً من مركزها  
وأما الاورام اللحمية فانها كثيرة الحصول كالاورام السرطانية وتكون  
متعلقة بالدماغ وتنشأ غالباً من قاعدة الدماغ لا من سطحه المحذب وتكون  
أورااما مستديرة أو فصيصة في لحم الجوزة أو التفاحة العظمية وسطح شقها  
يكون أملس أو أبيض وشفافاً أو أحمر سنجابياً وقوامها يكون عادة رخواً أو  
نخاعياً ويندر أن يكون يابساً إذا ألياف وقد يوجد فيها مسافات ممتلئة  
بسائل والاورام اللحمية يتكون معظمها من أخلية مغزلية الشكل  
مصطفة بجوار بعضها على هيئة الألياف وهي تميز عن الاورام السرطانية  
ولاسيما عن الجلبون من كونها ليست محدودة فقط تحديداً جيداً بل بكونها  
محاطة بحفظة كثيرة الاوعية سهلة النزاع منها وليس من النادر أن توجد  
في الاورام اللحمية لام الجافية ككرات صغيرة من كرات بونات الكلس

يحبس بها كالرمل بين الاصابع عند الضغط على جوهر هذه الاورام  
والاورام المحتوية على كرات كلسية عديدة سماها اورجوف بالاورام  
الرملية وكيفية ظهورها لم يكن معروفا حتى المعرفة

وأما المكسوم من أى الاورام المخاطية فانها تتكون من جوهر مخاطي أهني من  
اخلاية مختلفة الشكل موضوعة في جوهر خلالي متجانس رخو مخاطي شفاف  
وهذه الاورام وجودها ليس نادر في الدماغ ومجلسها كلالورام اللحمية  
في الجوهز النخاعي للنفسين السكر بين العظيمين غالبالكن ليس على  
الدوام وتظهر غالباً على شكل اورام محدودة ويندرحصولها على هيئة  
ارتشاح من مادة هلامية رخوة وجوهر الاورام المخاطية يكون لما عاقلها وذا  
لون قابل للاصفرار محمر لكن قد يكتسب لونا مصفر ابواسطة الضغط  
الانتهازي والجحم الذي يمكن ان تصل اليه هذه الاورام يشابه حجم  
الاورام اللحمية ويشاهد بين هذه الاورام والاورام اللحمية اشكال  
عديدة تعرف بالاورام اللحمية الهلامية

وأما الاورام العصبية فانها تنشأ عن غموموضي في الجوهر الضام لاجزاء  
الدماغ وفي اليافه العصبية وبالبحث بالميكروسكوب يشاهد انها متكونة من  
نويات مستديرة موزعة فقط في الجوهر الاصلى السبكي الدقيق وبالبحث  
عنها بالنظر يرى انها متكونة من اورام ليست محدودة تحديدا جيدابل انها  
تمتد الى جوهر الدماغ السليم بدون حدفاصل وانها لا تتمدمطلقا من جوهر  
الدماغ الى أغشيته والاورام العصبية قد تصل الى مجتم قبضة اليد وتنشأ غالبا  
من الجوهز النخاعي للنفسين السكر بين العظيمين وكثيرا ما يحصل نزيف  
وتلاش تدريجي جزئي في هذه الاورام عقب استحالتها الى الحالة الشحمية  
وقوام هذه الاورام يختلف في قوام الفطر النخاعي الرخو وجوهر  
الدماغ السليم وسطح الشق فيها يكون ذا لون ابيض مصفر أو سنجابي محمر يظهر  
فيه فوهات وعائية عديدة متقطعة وقد اعتبرت هذه الاورام سابقا ارتشاحات  
سرطانية وتكون هذه الاورام على الخصوص عند الشبان الذين سنهم  
أقل من الاربعين بوضع القول بان سرطان الدماغ شوهد في كل طور من  
أطوار الحياة

وأما الكالوسيات فممن أي الأورام الأثرية فهي نادرة وتنشأ تارة من العظام  
الجمجمة وتارة من السحايا أو الدماغ نفسه وتكون أحيانا أوراما صغيرة وتارة  
عظيمة الماعة صدفية ذات شكل غير منتظم ومحاطة بغشاء رقيق وتكون  
من طبقات عديدة مغلفة لبعضها من أجليه بشرية  
وأما السلع فهي عبارة عن أورام صغيرة فصيصية تنشأ غالباً من الام الجافية  
وتارة تكون ا كياساً مملئة بسائل أو مواد دهنية وشعر  
وأما الدرن الدماغى فهو عبارة عن الشكل الأكثر حصولاً من الأورام  
الدماغية وفي الغالب لا يوجد الا بورة درنية واحدة وأحيانا اثنتان ويندران  
يوجد منها عدد عظيم وعظم هذه التولدات الدرنية يختلف فيكون من حجم حبة  
الدخن الى حجم انكر بزة وفي الاحوال النادرة قد يصل الى حجم البيضة ويجلسها  
في الغالب المخيخ أو النصفان الكريان العظيمان ويندران يكون مجلسها  
الحدية المخية وشكل هذه التولدات الدرنية يكون مستدير غير منتظم ومتكوناً  
من تولدات درنية حبيبية مجمعة مع بعضها أو تتكون من أورام درنية جنبية  
وهذه الأورام تكون محاطة بطبقة خلوية ويندران تكابد هذه التولدات  
الدرنية الاستحالة الكاسية وتلاشى بالكليته وتكون كهفا مشتملا على  
مواد صديدية

وأما الأورام الصمغية الزهرية فيندران توجد في الدماغ على شكل عقد  
والغالب على شكل ارتشاح فالأورام الزهرية الصمغية العقدية تتمدد من حافتها  
الى جوهر الدماغ بكيفية تدريجية وحبث ان هذه التعدادات يعترتها من  
مركزها ضمور واستحالة شحمية في أجليتها وتتحول الى مادة شبيهة بالدرن  
الاصفر فينمؤ تشبه هذه الأورام بالدرن الدماغى فيتجنب الوقوع في هذا  
الالتباس بالانتفات الى أنه في الأورام الصمغية الزهرية يحصل امتداد  
المركز الجبني نحو العرض على هيئة هالة سنجابية دائرية بالتدريج وأما في  
الدرن الدماغى الاخذى في النمو فتكون هذه الهالة أكثر انضماماً وتابعة لبعضها  
ولا توجد هذه الهالة في الدرن الذى يمكن نزعه من الدماغ وأما الأورام الزهرية  
المرتشحة فانها تشابه بالنسبة لقوامها وخواصها عند شقها بوابر الدماغ  
المتيبسة القديمة البسطة مشابهة تامة بحبث لا يمكن في جميع الاحوال الحكم



على طبيعتها ولولا البحث المكثور سكوتها  
وأما الأورام المتكيسة فلا يندر وجودها في الدماغ وفي الغالب يوجد معها  
عدد عظيم من أورام متكيسة في المنسوج الخلقى تحت الجلد والمنسوج  
العضلي أيضا والغالب ان يكون مجلسها الجوهر السنجابي للدماغ  
واندر من هذه الأورام حصولها في الدماغ الاورام الايكنوكوكية وهي تكون  
أوراما حويصلية محاطة بطبقة رقيقة ومشملة على الديدان الحويصلية  
المعروفة بالايكنوكوك أي الديدان ذات السكلايب  
وأما النورينماوعية الدماغ فليست كثيرة وأكثر حصولها في شرايين  
قاعدة الدماغ ولا سيما في تفرعات الشريان الفقري وشرايين الجسم المندمل  
وشريان فرجة سلفيوس والمنطقة الشريانية للعلم واليزي وفي الاحوال  
النادرة يصل حجم هذه الأورام الانور زماوية الى حجم البيضة الصغيرة ولكن  
الغالب ان يكون من حجم حبة العدسة الى الكرز

### (الاعراض والسير)

أما اعراض أورام الدماغ فلها مشابهة عظيمة باعراض الاصابات البورية  
التي بينها فمما سبق فانه لا يوجد عرض يحصل في أثناء سير ورم دماغي  
ولم يشاهد في أثناء سير ابرين الدماغ أو خراجه أو غيرهما من الاصابات  
البورية مثلا وهذا التطابق والتشابه في الاعراض ليس من المستغرب بل  
لو كان ذلك ليس هو الواقع لما كنا نفهمه فانه بواسطة كل ورم دماغي  
يحصل فساد في جزء محدود من الدماغ وضيق في متسع تجويف الجمجمة  
واضطراب في الدورة حول البورة المرضية كما يحصل بغير هذا المرض من  
الاصابات البورية ومع ذلك فالاحوال التي فيها يتعسر أو يتعذر معرفة ورم  
الدماغ وتمييزه عن خراج في الدماغ أو غيره من الاصابات البورية تعد من  
النادر العظيمة وهذا التناقض البين بوجه بكونه ولو مع عدم وجود  
اعراض ملازمة مشخصة لاورام الدماغ يرتكن ولا بد في تشخيصها في معظم  
الاحوال الى معرفة السبب أو مجلس الورم واثبات وجوده في محل  
يكثر فيه وجود الأورام الدماغية ويندر فيه وجود اصابات بورية  
أخرى وبالجملة فيرتكن الى كيفية سير المرض الخاص باورام الدماغ

فاما الارتكان الى معرفة السبب فهو في الغالب سلبى فانه من الواجب في كل  
مرض دماغى التمسك الكلى بمعرفة تاريخ المرض والتأكد من السبب الذى  
أحدثه فان ثبت ان المريض لم يترده اصابة جرحية جمجمية ولم يكن مصابا  
بفسوس فى أحد عظام الجمجمة وليس عنده ضخامة فى القلب ولا ورم فى  
الصمام ولا استجابة مرضية فى الشرايين وبعبارة أخرى لم يتحقق من سبب  
المرض فوجب الظن ابتداء بوجود ورم دماغى ثم اننا قبل الشروع فى شرح  
الاحوال التى فيها يسهل معرفة أورام الدماغ مع التأكد بدأ ببعض كلمات  
على الاحوال النادرة التى فيها لا تحدث أورام الدماغ اعراضاً أو تسير بصورة  
مرضية تعلن بوجود مرض دماغى ثقيل لكن لا يتأكد منه ان هذه  
الصورة المرضية متعلقة بورم دماغى وهذه الاورام الدماغية الكامنة  
السير يكون مجلسها ولا بد فى محال فى الدماغ فيها لا ينبج عن تلك  
الاورام تتمك فى المرارة الدماغية لاعصاب الدماغ ولا انقطاع فى توصيل  
التنبية بواسطة الياف الاعصاب الدماغية المركزية أو الدائرية (أعنى  
المتجهة من الدائرة للمركز والعكس بالعكس) أعنى فى الجوهر الابيض الممتد  
فى النصفين الكرى بين العظيمين فقد تصل الاورام الدماغية أحيانا فى هذه  
الاجزاء الى حجم عظيم جدا بدون ان تؤدى لظواهر بورية بخلاف وجودها  
فى أغلب اجزاء قاعدة الدماغ أو بقرب العقدة العظيمة فانها ولو صغيرة جدا  
تصطب ولا بد بظواهر بورية بل والاورام الدماغية التى يكون مجلسها  
الجوهر الابيض من النصفين الكرى بين العظيمين لا يسير منها سيرا كاملا الا  
ما كان منها ذا تمقبطى وليس كثير الاوعية بحيث انه بكثره أو قلة امتلائها  
تنفخ احيانا وتنبط أخرى ولا جعل توجيه الظاهرة الواضحة المثبتة وهى  
ان الاعراض التى تصاحب الاورام ذات السير السريع تفقد غالباً عند  
ما يكون نموتك الامراض بطيئا قد قيل ان الدماغ فيه قابلية بها  
يمكنه التعود على أى ضغط يرتقى تدريجيا ونحن نقول ان توجيه الآتى  
أقرب للعقل وهو أنه عند وجود أورام دماغية سريعة السير يحصل انضغاط فى  
الوعية الشعريّة وانطفاء فى وظيفة أجزاء الدماغ التى تكون مجلسها  
بخلاف الاورام لبطيئة السير فانه يحصل فى محيط الورم ضمور فى جوهر

الدماغ وبذلك يكتب مسافة بقدر الحيز الذي اخذه الورم في نموه وحينئذ  
 لا يعترى الاوعية الشعرية في الجزء المصاب انضغاط فلا تضرب وظيفته  
 بل تتم على حالتها ومن الجائز ان يكون وجود الاعراض البورية للاورام  
 الدماغية أو فقدتها في الاورام الدماغية للنصفين الكبر بين العظيمين ولو كان  
 المحاسن والحجم واحدا متعلقين أيضا يكون الالياف الدماغية تنزخ فقط  
 أو ان تتسكون الياف بدلتها وتحمل محلها وكون بعض اشكال أورام  
 الدماغ تحتلف من هذه الحيشية يتأكد مما ذكره المعلم (شوبل) الذي ذكر  
 بعض بيان مفيد بالنسبة لتركيبة تلك الاورام وكون حجم تلك الاورام  
 يتناقص احيانا ويزداد أخرى بسبب احتوائها على أوعية دموية كثيرة يزداد  
 امتلاؤها احيانا وبتناقص أخرى تكون في سيرها مصحوبة بظواهر تهيج  
 موضعية أو ظواهر شلل أمر بين ولندكر أخيرا ان الاورام الدماغية  
 التي تسير سيرا كامنا يكثر وجودها عن التي تصطب بظواهر مرض دماغي  
 ثقيل غير واضح وينعكس الامر بالنسبة لخراجات الدماغ وهذا الاختلاف  
 يتعلق ولا يد بكون تغذية هذا العضو عند وجود بورة التهاية دماغية  
 تضرب جدا زيادة عما يحصل من وجود تولد مرضي جديد  
 وأيضا الاورام الدماغية التي في أثناء سيرها يمكن الوصول الى تشخيص  
 أكيد لا يتبدئ على الدوام بالاعراض المهمة في فعل التشخيص أعني  
 بالاعراض التي بينها مع التوضيح جملة من اروسيمتها بالاعراض البورية  
 أعني بظواهر الشلل وقد الحساسية الجزئية في كثير من الاحوال تكون  
 الظاهرة الاولى الوحيدة زمناطويلا المتعلقة بوجود مرض دماغي هو ألم  
 الراس وهذا العرض وان كان يشاهد في أثناء سير امراض الدماغ المختلفة  
 بحيث يجوز القول بانه لا يوجد مرض دماغي بدون ان يصطب بالم في الرأس  
 مع ذلك فانه لا يكون عرضا واضحا مستمر اشديا ولبما في غير هذا المرض من  
 أمراض الدماغ ولا يشاهد بكثرة في غير الاورام الدماغية والاحوال التي  
 فيها المرضى المعتر بهم أورام في الدماغ ولا يتشكون بالأم في الرأس  
 نادرة جدا بحيث ان فقد هذا الألم من مجموع اعراض أى مرض دماغي  
 ينافي نوعا وجود ورم دماغي والامر المعلوم من أنه يحصل ألم الرأس في

اورام الدماغ التي مجلسها بعيد عن الاجزاء الحساسة لهذا العضو ويؤيد  
رأى انقائين به من ان الم الرأس في أمراض الدماغ ينموه الاليف  
العصبية للتوأحي الثلاث المتوزعة في الام الجافية ومجلس الام لا ينبغي تعيين  
مجلس الورم به الامع الاحتراس وانما الام المستمر القاصر على القمح وى  
يستنتج منه مع التقر يب ان خيمة المخيخ مكابدة لتوتر وانجذاب عظيمين وان  
مجلس الورم في الحفرتين الخلفيتين للجمجمة

وينضم لام الرأس سيما الثور انه الغير المطاق غالباً الذي يتردد عادة بدون  
أسباب مدركة زماناً من نوب دوار وقي عند أغلب المرضى وهذا الامر  
يساعد في توجيه الم الرأس وفي بيان تعلقه بورم في الدماغ  
والاعراض البورية لاورام الدماغ فيها تسبق غالباً ظواهر الخدر والشلل  
الجزئيين ظواهر التيج الموضعي وهي عبارة عن الثورات العصبية الحسية  
والالام العصبية والاحساسات الغير المحدودة بتتمل أو اعتقالات عضلية  
وتحوز ذلك وهناك أحوال في أورام الدماغ فيها لا تبدي الاعراض بالم الرأس  
بل بالاعراض السابق ذكرها وقد بينا فيها تقدم ان ظواهر التيج الجزئية  
متى طرأت عند وجود تغيرات جوهرية ثقيلة في الدماغ تعتبر ولا بد نتائج  
واسطية لها وتتعلق حينئذ بالاضطرابات الدورية في محيط تلك البورات  
المرضية وقد بينا انها تحصل في جميع الاصابات البورية المختلفة ولا تعبير  
في حد ذاتها واصفة ومشتخصة لواحد منها ومع ذلك فهناك أمر مهم واصف  
لثورات العصبية الحسية والالام العصبية والاعتقالات العضلية التي  
تظهر في أثناء سير أورام الدماغ وظواهر الخدر والشلل التي تعقبها وذلك  
ان تلك الاعراض البورية تكثر مشاءً منها عن جميع امراض الدماغ  
التي سبق شرحها في دائرة الاعصاب الدماغية نفسها ولا نعني بذلك ان  
ظواهر التيج والشلل في دائرة الاعصاب الدماغية الشوكية نادرة كالفالج  
أو انها تفقد بل ان كلا من الالام العصبية والثورات العصبية الحسية  
والخدر أو التشنجات والشلل في دائرة الاعصاب الدماغية بقطع النظر  
عن باقي الاعراض يعضد القول في كل حالة راهنسة بان هناك تولداً جديداً  
في الدماغ والتوجيه البسيط لهذا الامر المخصوص الذي نحن بصددده

هو انه في جميع الاصابات المرضية البورية التي سبق ذكرها كاللين  
 التتكرري للدماغ والنزيف والالتهاب الدماغى بجميع انتهائيه يبقى  
 التغير المرضى قاصرا على دائرة الاعصاب الدماغية ما عدا استثناءات نادرة  
 ولا يمتد الى الجذوع العصبية الناشئة من هذا العضو وينعكس ذلك فى  
 التولدات الجديدة للدماغ فانه يكثر فيها الامتداد من الدماغ الى الاعصاب  
 الناشئة منه بل انها فى احوال عديدة تنشأ من اللقائف الدماغية او بقوة  
 الجمجمة ولا ينفرد انها قبل امتدادها للدماغ تبدي بعض الاعصاب الناشئة  
 منه ولنذكر امرا آخر مهمما فى التشخيص نبه عليه ابتداء المعلم سيمون وهو ان  
 معظم شلل الاعصاب الدماغية الذى ينبعج عن تولد مرضى جديد سواء كان  
 ينبوعه الابتدائى من الدماغ او من عظام الجمجمة ثم امتد الى الدماغ نفسه  
 يكون دائريا بخلاف شلل الاعصاب الدماغية الذى يحصل فى باقى الاصابات  
 المرضية الاخرى للدماغ فيكون ينبوعه مركزيا ومن المعلوم ان حالة  
 الاعصاب والعضلات عند تأثير التهيج الكهروباى علامة مميزة مع التأكيد  
 بين الشلل المركزى والدائرى فى الشلل المركزى تنقبض العضلات متى  
 اثر احد اقطاب الجهاز الكهروباى المتقطع على عصب ما بخلافه فى الشلل  
 الدائرى فان الانقباض لا يحصل وعلى حسب ذلك يجوز القول بانه عند  
 وجود اصابة بورية فى الدماغ يدل مع التقريب الشلل الحاصل فى الاعصاب  
 الدماغية سيما متى لم تنقبض العضلات المتشكلة عند تهيج اعصابها بواسطة  
 التيار الكهروباى على وجود تولد مرضى جديد  
 واكثر ما يصاب من الاعصاب الدماغية هو العصب الوجهى  
 ثم المحرك المشترك للقللة والمقرب لها واما شلل الجزء الصغير من التواحى  
 الثلاث فيبعد من النواذر وعين ذلك يقال بالنسبة لشلل التام للعصب  
 تحت اللسان والايافى المحركة من اللسان البلعوى واما الشلل الغير التام  
 لتلك الاعصاب الذى يتضح باضطراب المقاطع الصوتية والازرداد فكثير  
 الحصول والشلل الدائرى للعصب الوجهى الناشئ عن اورام دماغية يسبق  
 احيانا بانقباضات تشنجية فى عضلات الوجه واما شلل العصب المحرك للقللة  
 الذى يتضح بتدد الحدقة والفرع من الضوء واضطراب حركة المقللة

أو بازدياد الاجازة والاحساس بالثقل فانه يسبق بانقباضات تشنجية في عضلات  
 العين وشلل العصب المبعد للقلة يؤدي متى كان العصب المحرك المشترك  
 لها سليما لازدياد الاجازة في الابصار وحول مقرب واغلب المرضى يتشكى قبل ان  
 يحدث تبدد الياساف العصب التوامي الثلاث فقد حساسية جهة الوجه  
 المسامحة والمتمعة وتجويف الفم والانف بالآلام شديدة في جميع الاجزاء  
 المتوزع فيها هذا العصب ولا يندر أن تسمر تلك الآلام في أثناء فقد  
 الاحساس (وهذا ما يسمى بالخدر المؤلم) وأما ضعف السمع أو الهمم التام  
 الناشئ عن فساد العصب السمعي فيسبق عادة مدة متفاوتة من الزمن بطنين  
 متعب في الاذن وكذا اضطرابات الابصار التي تترقى الى العمى التام فكثيرة  
 الحصول جدا في أورام الدماغ لكن لا تحصل في جميع الاحوال بواسطة  
 اصابات لاواسطية في العصب البصرى وتصلبه أو امتداده البصرى او  
 الحدبات التوامية الازبعة فانه لا يندر ان يكون مجاس الورم الدماغى بعيدا  
 عن هذه الاجزاء كباطن النصفين الكريين العظيمين أو باطن المخيخ مثلا ومن  
 الخطأ القول بان الضغط في مثل هذه الاحوال يمتد بواسطة جوهر الدماغ  
 الحائل الى العصب البصرى ويضغط عليه نحو قاعدة الدماغ فيحدث فيه  
 ضورا والذي يظهر لى مناسفيا الحقيقة هذا التوجيه هو الاعتبار الآتى وهو  
 أنه في احوال العمى بواسطة أورام مجاسها باطن النصفين الكريين العظيمين  
 أو المخيخ ان الاعصاب المحركة للقلة التي توجد على حالة مشابهة لحالة  
 العصب البصرى لا يحصل في الاعصاب شلل مطلقا وكثير من احوال قصر  
 النظر والكثرة في أورام الدماغ تتعلق باحتقانات وريدية في العين وبتغيرات  
 جوهرية تابعة في الشبكية والعصب البصرى وتحصل بالكيفية الآتية  
 وهو أن الجيب المحجوف ينضغط فيحصل عوق في است فراغ الدم من أو ردة  
 العين واما الاورام الكائنة في الحفرة بين الخلفيتين من الجمجمة فلا تحدث هذه  
 النتيجة الا متى ادت لحصول انسكابات عظيمة بواسطة الضغط على محل تقم  
 الوريد العظيم بليليا نوس في الجيب المستقيم وحيث ان التولدات المرضية  
 الجديدة التي تفسد العصب البصرى لا تصيب العصب المحرك للقلة الا نادرا  
 نتميز أن وجود اضطرابات في حركات القلة او فقد علامتها كيدة في التمييز

بانه عند وجود ورم في الدماغ تكون الكننة متعلقة بفساد في الاسرة البصرية  
او اتصال العصب البصرى او العصب البصرى نفسه او بان كانت ناتجة عن  
اضطرابات دورية في المقلة والبحث بالمرآة العينية قديد لنا دلالة مهمة في  
هذا الامر وكذا تغيرات العصب البصرى التي تظهر بالمرآة العينية  
عند حصول فقد الابصار بواسطة اورام دماغية والاستنتاجات التي تؤخذ

منها هي

أولا الانتفاخ العظيم البسيط للحمة البصرية مع تعرج عظيم في الوريد  
المركزي الشبكية وهذا يدل على وجود احتقان وريدى احتبامى ناتج عن  
عوق استفراغ الدم الوريدى وهذا الاحتقان يشاهد بكثرة على حالته  
البسيطة في احوال الاورام المضيقة لتسع تجويف الجمجمة

ثانيا الانتفاخ الانتهاى الخفيف في الحمة البصرية مع احتقان وريدى قليل  
الوضوح ودرجة التهاب خفيف في الشبكية وهذا ينشأ عن التهاب في الغمد  
العصبى والعصب البصرى نفسه وهذا الانتهاى يمتد الى الشبكية (وهذا  
ما يسمى بالانتهاى الشبكي الساقط) ويصاحب التغيرات المرضية داخل  
الجمجمة التي هي بحسب صفاتها التشريحية ومجاسها تحدث تهيجات في الاجزاء  
المذكورة

ثالثا تورم العصب البصرى وهو يحصل اما حصولا اوليا عقب الاصابة  
اللاواسطية للعصب البصرى في جهة الورم او من تغير سحائى ممتدا ونحو ذلك  
او انه يحصل حصولا ثانويا ويكون هو الدور الانتهاى للتعبيرين السابق  
ذكرهما

ثم ان الاضطرابات الحسية الجزئية واضطرابات الحركة التي تحصل في  
الاعصاب الدماغية الشوكية عند وجود اورام في هذا العضو لا تتميز عن  
غيرها من الاضطرابات التي تصاحب غيرها من الاصابات البورية وهي  
عبارة عن آلام عصبية او احساسات غير محدودة بالاكلان او التمثل او  
الحدرا ونحو ذلك او الحدرتام وتكون امامتة في اجزاء بعيدة او  
محدودة على دائرة صغيرة وعين ذلك يقال بالنسبة للاعتقالات العضلية  
والانقباض العضلى والتشنجات لكن يغلب وجود الفالج اى الشلل النصفى

الجانبي زيادة عن غيره من اشكال الشلل  
 وعند وجود ظواهر مرضية في دائرة الاعصاب الدماغية الشوكية  
 والدماغية تكاد تظهر على الدوام الصفة المخصوصة وهو ان بعضها يظهر في  
 جهة من الجسم والاخر في الجهة الثانية وهذا التصالب يوجه بالكمية الاتية  
 وهي ان كلامن الشلل والخدر ونحو ذلك الحاصل في دائرة الاعصاب  
 الدماغية الشوكية ينتج عن اصابة في الالياف العصبية التي تتصلب بعد  
 اصابته بخلاف كل من الشلل والخدر ونحو ذلك الحاصل في دائرة الاعصاب  
 الدماغية فانه ينتج عن فساد في الياف عصبية بعد اتصالها  
 وكل من حصول ظواهر التهيضات الجزئية والشلل وامتدادها يكون بطيئا  
 على حسب النمو البطيء لاغلب اورام الدماغ فكثير من المرضى لا يمكنه  
 الافصاح مع التأكيدهن الزمن الذي ابتداء فيه مرضه وهذا الامر يمكن  
 الاستعانة به في الحالة الراهنة على بيان التشخيص فانه يمثل هذا السير يمكن  
 نفي وجود اغلب الاصابات البورية الدماغية لكن لا يندر ان تتضح تلك  
 الظواهر البورية بكمية بخائية وذلك بشاهد على الخصوص في الاحوال  
 التي فيها يحصل في الاورام الدماغية الكثيرة الوعية اذ يادعظيم في الخيم  
 عقب امتلاء اوعيتها اوعيت التزيف منها وفي الاحوال التي فيها تصاب  
 الاجزاء المحيطة بالورم بتغيرات التمايمية اولين وانزفة شعيرية وفي مثل هذه  
 الاحوال الاخيرة متى طرات ظواهر الشلل فجأة وكان الورم كامنا قبل ذلك  
 يكاد لا يمكن تجنب الوقوع في الاشتباه بينهما وبين التزيف الدماغى فهناك  
 اوهمة عديدة فيها تعيب الامر ووقع الاختلاط في التشخيص من الاطباء  
 الاكثر تمرنا في ذلك لكن ان كان هناك شك قبل وقوع ذلك في وجود  
 ورم دماغى فلا ينبغي الوقوع في الخطا في حصول مثل هذا العارض فان  
 اورام الدماغ كثير اما يشاهد لها ادوار اذ يادق اثناء سيرها  
 واما نوب التشنجات الصرعية فتكثر مشاهدتها في اورام الدماغ زيادة عن  
 غيرها من الاصابات البورية لكن من المستغرب غير الواضح وكونها  
 لا تشاهد الا اذا كان مجلس الورم الدماغى في النصفين الكريين العظيمين  
 سيما بقرب الجوهر القشرى واما الاضطرابات العقلية فانها تفقد في كثير



من الاحوال في مدة جميع سبب المرض فيظهر في الحقيقة ان الوظائف  
 العقلية للدماغ لا تضطرب الا متى كان الجوهر القشري لسكلا النصفين  
 الكريين العظيمين مصابا بتغيرات جوهرية أو باضطرابات دورية ثقيلة  
 والصفة المخصوصة لبعض الاحوال التي تستثنى بالنسبة لسلامة الوظائف  
 العقلية تؤيد حقيقة هذا الرأي بمعنى ان الانحطاط العقلي الذي شرحناه  
 عند الكلام على الخراج الدماغى لا يفقد في الاورام الدماغية الا متى انضم  
 لها اعراض الالتهاب السخائي الممتد المزمّن أو متى كان الجوهر القشري  
 لسكلا النصفين الكريين محمل اورام متعددة ( كالاورام الحويصلية  
 الديدانية ) او متى اعترى او عيبتها الشعرية انضغاط بواسطة اورام مضيق  
 لتسع الجمجمة في كلا النصفين الكريين العظيمين او بواسطة انسكابات غزيرة  
 ثانوية في الجيوب المخية وفي الاحوال النادرة التي فيها الاورام الدماغية  
 تنقب الجمجمة تظهر اعراض واصفة لخلاف الاعراض السابق ذكرها  
 والانتقاب يحصل عادة في العظم الجدارى والصدغى وقسم جذر الانف  
 ويندر ان يحصل في القمحذوى وفي محل الانتقاب يسقط الشعر ويحمر الجلد  
 ويتكون فيه او عمية دوالية كثيرة و يندثر تقرخ الجلد وانتقابه وبالجمبع بحس  
 حول الورم الذي يكون غالباً رخو اذا تمهدت بحافة عظمية واضحة وتحرك  
 الورم عند التنفس عرض واصف لكن لا يوجد دائماً وقد يتيسر احيانا  
 رد الورم وعند اجراء هذه التجربة التي بها يضيّق متسع تجويف الجمجمة فجأة  
 ويمتنع هروغ الدم الشريانى نحو الدماغ تظهر عادة نوب فقد الادراك  
 والتشنجات ثم ان كلامنا من حالة التغذية والصحة العامة وباقى الوظائف  
 الجسمية غير المتعلقة بالدماغ لا يظهر فيه تغير مدة من الزمن في كثير من  
 الاحوال كما أنه يظهر في أحوال أخرى كان الوظائف العضوية تتم ببطء وكل  
 من ضربات القلب والنهض يكون بطيئاً وثقل سرعة التنفس ويعتقل  
 البطن ويقبل افراز البول وبذلك يظهر ان امتلاء الجسم ومنه يزداد  
 بكيفية واضحة وفي أحوال أخرى تطرأ الهوكه بسرعة فتخف المرضى ويجف  
 الجلد ويصير قحلا وتصاب الاغشية المخاطية سيما بالجمجمة بالاسيلان ثم تظهر  
 الغنغرينة الوضعية والانتفاخ الاستسقاءى في السابقين والقدمين ثم ان سبب

اورام الدماغ يظهر اختلافات عظيمة شرحها مع الايضاح يخرجنا عن  
الموضوع بلا طائل والعادة ان يحصل في اعراض اورام الدماغ ثوران ثم  
انحطاط ثم يصير مستقرا مع الارتفاع والتزايد ومدة هذا المرض تستمر في احوال  
الاورام السرطانية مدة أشهر الى سنة وازيد وأما في الاحوال غير السرطانية  
فتستطيل مدتها جدا أعني جملة سنين

والانتباه الاعتيادي لاورام الدماغ بل الوحيد لها هو الموت وان لم يحصل  
بسرعة عقب ظهور مضاعفات أو امراض طارئة أخرى يظهر قبل حصوله  
تضايق متسع تجويف الجمجمة مع اتضاحه تدريجا فالمرضى تقع في حالة  
كوما عميقة تؤدي الى الموت ومن النادر معرفة مجلس ورم الدماغ ومجده  
مع التنا كيد لكن الغالب الحسك على ذلك بالتقريب وعلى مجلسه بان كان  
في النصفين السكر بين العظيمين أو الحذبة المحيية أو المخيخ أوفى قاعدة المخ أو  
سطحه المحذب والتشخيص الا كيد بالنسبة لطبيعة مجلس الورم الثابت  
بالصفات التشر بجمية لا ينسب لدقة الطبيب المشخص له بل لوضوح الحالة  
المرضية فان احد اورام قاعدة الدماغ ان نتج عنه فقد وظيفة عدد عظيم من  
الاعصاب الدماغية احدها بعد الاجر على التعاقب مع صيانة الاعصاب  
المجاورة ما يمكن أى طبيب عنده بعض المام بتشرح الدماغ معرفة مجلس الورم  
وحيد وده مع التنا كيد تقريبا ومع ذلك فمثل هذه الاحوال التي يرغب  
في نشرها بالجر انيل الطبية بعد من النوادر

ولو اردنا ذكر جميع الامور التي ينبغي اعتبارها بالنسبة للوقوف على  
حقيقة مجلس الورم خلاف اصابة الاعصاب الدماغية كلا على حدته لطال  
علينا الامر فلذا نقتصر على البيان الاتي وهو ان وجود شلل نصفي جانبي  
يدل على ان مجلس الورم اما في أحد النصفين السكر بين العظيمين (وهو  
الغالب) أوفى أحد خذي المخ أوفى احدى جهتي القنطرة أوفى احد نصفي  
المخيخ فالاورام التي يكون مجلسها أحد النصفين السكر بين يكون الشلل  
النصفي الجانبي وانما عاده بمعنى ان النصف الآخر من الجسم يكون خاليا  
بالكلية عن ظواهر الشلل والاورام التي يكون مجلسها أحد خذي المخ يكاد

يكون فيها دائما مع شلل نصف الجسم المقابل لشلل في العصب المحرك للفة في  
 الجهة التي يكون فيها الورم مسامتا والاورام التي يكون مجلسها أحد جهتي  
 القنطرة يوجد فيها بجوار الشلل النصفى الجانبي وقد لا احساس النصفى  
 الجانبي أيضا في الجهة المقابلة لشلل وضعف احساس في العصب الوجهى  
 للجهة المسامتا لمجلس الوزم والاورام التي يكون مجلسها المنحني لا يوجد فيها  
 الشلل النصفى الجانبي على الدوام كما تقدم وان وجد لا يكون واضحا بل  
 تمتد الى الجهة الاخرى من الجسم بدرجة خفيفة لاسيما الى عضلات العمود  
 الفقري وضعف حركة العضلات المنوطة بتهقوس العمود الفقري واستقامته  
 وحركاته الجانبية يظهر ابتداء على شكل مخصوص من الدوران كما يميناه فيها  
 تقدم مع الوضوح وعلى شكل اهتزاز في الجذع عند المشي ونحوه ثم فيما بعد  
 يظهر على شكل عدم صلاحية في الجسم بحيث ان المرضى تسقط وهي جالسة ولا  
 يكون لها قدرة على تحريك جسمها ما لم تكن مسندة من تحت الا بطين وأما  
 الشلل المزدوج فانه يشاهد في الاورام التي يكون مجلسها النصفين الكريين  
 معا والتي يكون مجلسها الاجزاء المتوسطة من القنطرة واورام النخاع  
 المستطيل وقد ذكرنا فيما تقدم عند شرح كل عرض على حدته ان التشخيصات  
 الصعبة تدل مع التقريب على ان مجلس الورم بقرب الجوهر القشري من  
 النصفين الكريين العظيمين وان الالام القمجدويه تدل على ان مجلس  
 الورم في الحفرة بين الخلفيتين من الجمجمة وان اضطراب الوظائف العقلية يدل  
 اما على وجود جملة أورام في الجوهر القشري لكلا النصفين الكريين العظيمين  
 أو على وجود التهاب سحايا او استسقاء دماغي تابعي ويظهر لي انه لم يعتن الى  
 الان الا قليل بانه في احوال الاورام المضيقة لتسع تجويف الجمجمة السكائنة  
 في الحفرة الخلفية للجمجمة التي تعوق استسقاء الدم من الجيوب الخفية  
 وتؤدي لانسكاب غازيران الادراك الذي يكون سليما في الابتداء يكاد  
 يضطرب على الدوام في الادوار الاخيرة اضطرابا عظيما ومع هذه  
 الاعتبار القوية للاورام السابق ذكرها لا بد من الوقوع في الخطأ بكثرة  
 ولذا كان من الجيد ان المؤلفين المشتغلين بفننا هذا كل الاستغفال بشهرون  
 تشخيصهم الخاطئ كما يشهرون تشخيصهم المصيب وبذلك فقط يمكن

الارتكان الى الحكم على درجة قوة الوسائط المشخصة لاورام الدماغ

وتحديد مجلسها

ثم ان العادة المنتشرة في تمهية كل من الاشكال المختلفة من التولدات  
الجديدة وانوريزماشر بين الدماغ بل والتولدات الطفيلية السابحة فيه  
باورام الدماغ سببها الوحيد هو ان الاحوال التي فيها تعرف مع التأكد  
طبيعة الورم مدة الحياة نادرة فانه ان ظهرت اعراض وزم دماغى في شخص  
ثبت عنده وجود اورام سرطانية أو درن أو انوريزما وتولدات طفيلية  
في اعضاء اخرى جاز انظن بان ورم الدماغ من نفس طبيعة الاورام الموجودة  
لكن بقطع النظر عن وجود درن دماغى عند الاشخاص المصابين بالسل  
واورام زهرية دماغية عند الاشخاص المعتر بهم اورام زهرية في اعضاء  
اخرى فان هذا الارتكان في التشخيص بقدر في معظم الاحوال فان سرطان  
الدماغ يكون في الغالب مرضا اوليا قائما بنفسه وانوريزما شر بين الدماغ  
يكون غالبها هو الوحيد في الجسم وسبح الديدان الحويةصلية والا يكونوكوكية  
يكون في الغالب قاصرا على المخ

وقد يرتكن في الحكم على طبيعة الورم الى سن المرضى فان الاطفال يوجد  
عندهم الدرر وأما الكهول سيما الشبان فتوجد عندهم التولدات الجديدة  
الجيدة سيما السركوم (أى الورم اللحمى) والجيليوم (أى الورم القديى)  
وعند الشيوخ بكثير وجود السرطانات

### المعالجة

كما أنه لا يمكن بواسطة الجية القاسية جدا واستعمال المركبات اليودية  
والزنيكية وغيرهما من الجواهر الدوائية القوية التأخير تحليل الاورام  
السرطانية واللحمية وغيرهما من التولدات الجديدة المرضية في اعضاء اخرى  
فكذلك لا تشمر هذه الطرق العلاجية في اورام الدماغ فانها تمسح في الاتساع  
المخزن بدلا عن تأخيرها وانما حيث دلت التجارب الجديدة على ان بعض  
التولدات الجديدة يمكن تصغير حجمها بواسطة الحقن بالزرنينج في الورم فن  
البايز استعمال هذا الجوهر من الباطن او الحقن تحت الجلد فعلاج الاورام  
الدماغية لا تكون حينئذ الا تسكينية او عرضية ولا ينبغي استعمال الوسائط

العلاجية التي تتعب منها المرضى مثل الخزام في القفا وفتح الجصحة ونحو ذلك  
فانها لا فائدة فيها من الجيد فقط الاجتهاد في صون المريض بأى طريقة  
كانت من الاحتقانات الخفية التي بواسطتها كثير اما تفتخ الاورام الدماغية  
وتحتقن فينتج عنها عوارض خطيرة مع ترتيب التدبير الغذائى الجيد  
واحداث تبرز منتظم ونحو ذلك والنوب السكتية والعوارض الالتهابية تعالج  
على حسب القواعد التي بينهاها فيما تقدم بواسطة الاستفراغات الدموية  
العامية والموضعية والمكيدات الجليدية على الراس ونحو ذلك وعند وجود  
آلام شديدة في الراس تستعمل الاستفراغات الدموية الموضعية والمكيدات  
الباردة على الراس والمصرفات على القفا وان لم تثمر هذه الوسائط وجب  
استعمال المسكنات بقوة وعلى الخصوص يعطى المرضى مقادير صغيرة من  
المورفين او الحقن تحت الجلد به وانما متى ظن بان المريض معتريه ورم زهرى  
دماغى وجب بدلا عن المعالجة العرضية استعمال معالجة مضادة للداء  
الزهرى قوية وليس من الجيد فى الطب العملى تأخير تلك المعالجة  
او تركها ولولم يتحقق من الطبيعة الزهرية للمرض فقد دلت التجارب على ان  
التغيرات الجوهرية الزهرية ولوالثقلية قابلة للشفاء واما معالجة الاورام  
السرطانية أو اللحمية فليس فيها اذى ثمرة ولذا لا نخشى شيئا من المعالجة  
فضلا عن عمرتها العظمى عند الظن بوجود ورم زهرى دماغى عند المريض  
فتجرى المعالجة المضادة للداء الزهرى بواسطة المركبات الزئبقية ابتداء ثم  
المركبات اليودية فيما بعد كائن التشخيص اكد

### (المبحث الرابع عشر)

فى الانسكاب المصلى ليجوف الجمجمة المتعظم

(المعروف بالاستسقاء الدماغى العارضى)

قد ذكرنا فيما تقدم شكلا من الاستسقاء الدماغى العارضى وهو الذى  
يصاحب على الدوام الانتهاب السجائى القاعدى وسنتكلم فى المبحث  
الآتى عند الكلام على الاستسقاء الدماغى الخلقى على الانسكاب الدماغى  
الذى يحصل بعد الولادة بزمن قليل مثل انسداد التداريز واستكمال  
تعظم الجمجمة ولا تتعرض فى هذا المبحث حينئذ الاشكال الانسكابات

المصلية التي تحصل في الجمجمة بدون التهاب سبغاني قاعدي

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

يندران يشاهد هذا الانسكاب المصلي داخل تجويف العنكبوتية وان حصل فلا يصل الى درجة عظيمة مطلقا او الغالب ان يشاهد هذا الانسكاب في المسافات تحت العنكبوتية او يشاهد اوديميا جوهر المنج وانسكابات مصلية في جيبويه وهذا الشكل يسمى بالاستسقاء الدماغى الباطنى تميزه عن الشكل الاول المسمى بالاستسقاء الدماغى الظاهرى ثم ان الانسكابات المصلية الدماغية اما ان تكون ناشئة عن ازدياد في الضغط الجانبى للاوعية او عن تناقص في كمية المادة الزلائية المحنوى عليها مسائل الدم او عن اضطراب في الوظائف الغذائية لجدر الاوعية بحيث يسهل نفوذ مسائل الدم منها والاستسقاء الدماغى العارضى الذى يكون من جملة تطواهر الاستسقاء العمومى سواء كان هذا الاخير متعلقا باضطراب في الدورة او بتغير في صفات الدم ( كما في داء بريكت ) لا يصل لدرجة عظيمة الا في احوال استثنائية ولو انه يشاهد احيانا موت جفائى مدة سير بعض الامراض الناشئ منها الاستسقاء العمومى وينسب ذلك لانسكاب قليل في الجيوب الخفية وحالة اوديميا بة عظيمة في المنج وكثيرا ما تحدث اورام الدماغ وغيرها من التغيرات المرضية للجفرا الخلفية من الجمجمة درجة عظيمة جدا من الاستسقاء الدماغى اما بضعها على اوردة جليمانوس العظيمة او الجيوب المستقيمة فتعوق استفرغ الدم منها واما الاستسقاء الدماغى الناشئ عن اضطراب غـذائى في جدر الاوعية فكثيرا ما يكون مرضا مستقلا او يماثل حينئذ بعض التغيرات النهائية التي تحصل في غير المنج من الاعضاء يشابه بعض الالترابات الجلدية المصحوب بـكـوـين فقاعات مصلية عظيمة وهذا الشكل من الاستسقاء الدماغى اكثرنا يشاهد في الاطفال وان شوهد في غير هذا السن فلا يدوان يكون موجودا في سن الطفولية ويؤيد ذلك ما شاهده المعلم هوب فانه وجد عند البحث عن مسائل الاستسقاء الدماغى المزمن انه يختلف في التركيب ومحتو على كثير من المواد الزلائية زيادة عن السائل الدماغى الشوكى الطبيعى وهناك شكل آخر من الاستسقاء

الذماغى الفراغى الذى يلازم على الدوام كل تناقص فى حجم المخ سواء كان  
 هذا التناقص عموما كما يحصل عند التقدم فى السن (ويسمى بالاستسقاء  
 الدماغى الشبخونى) او كما يحصل عقب ظهور المخ ضهورا جزئيا  
 الصفات التشرىحية

السائل المجمع فى الكيس العنكبوتى لا يمكن تعيين كميته غالباً فإنه يختلط على  
 الدوام عند نزح المخ من الجمجمة بالسائل الاقنى من المسافات تحت العنكبوتية  
 لكنه لا يصل كاذ كرنا الى كمية عظيمة مطلقا  
 واما السائل المنسكب فى المسافات تحت العنكبوتية فتارة يكون منتشر  
 باستواء على سطح المخ وتارة بغير استواء وفى الحالة الاخيرة تكون العنكبوتية  
 اكياسا متفرقة متملثة بمادة مصلمية واما اذ يما المخ فتتضح فى احوالها  
 الخفيفة باللون الماع الرطب فى سطح الشق وتتناقص فى تماسك جوهر المخ  
 بعد بعض زمن وفى الاحوال الشديدة للاذ يما المخية يكون تماسك المخ  
 مسترخيا وبالضغط على جزء منه يتجمع فيه عماد قليل جزء من السائل وعند  
 ارتقا درجة الاذ يما جدا يتغير جوهر المخ بسبب الاذ يما ويستحيل الى  
 عجينة رقيقة مبيضة (وهذا ما يسمى باللين الاستسقاءى للمخ)

وأما فى احوال الاستسقاء الدماغى الحاد الباطنى فيندران تزداد كمية  
 السائل المجمع فى الجيوب المخية عن نصف اوقية الى اوقية ويكون اما  
 صافيا أو متعكرا بسبب اختلاطه ببعض أخلية بشرية أو ندى او تعقدات  
 أو بقايا بعض اجزا المخ المنفسدة ويكون كل من جدر الجيوب المخية سيما  
 الحاجز المتوسط والصفائر المشيمية فى حالة لين استسقاءى وفى احوال  
 الاستسقاء الدماغى الباطنى المزمن تكون الجيوب المخية ممتدة تمددا  
 عظيما وكمية السائل المجمع فيها من ٤ اواق الى ١٢ وسطح الجيوب  
 المخية الباطنى متكاثفا ومغطى بطبقة جيبيية رقيقة وكذا جوهر المخ المحيط  
 بها يكون متكاثفا مقاوما

بالاعراض والسير

من المعلوم انه بواسطة الانسكابات المصلية فى الجمجمة يتضايق متسعها كما  
 يتضايق بواسطة الانسكابات الدموية أو الميصلات الالتهابية وقد ذكرنا  
 أنه من النتائج الضرورية لتضايق متسع تجوف الجمجمة عوق وصول الدم

الشرياني الى هذا الخوف وان الاعراض الملازمة للايمياء الشريانية  
 الخفية التي تحصل فجأة هي نوب فقد الادراك والتشخيصات وان اعراض  
 الايمياء الشريانية الدماغية التي تحصل بالتدريج هي ظواهر التهيج العام  
 او الحمود للوظائف الخفية وان اعتبرنا مع ذلك ان اجزا المخ المجاورة لجيوبه  
 تلبس في احوال الاستسقاء الدماغى الحاد وتفسد وتضمحل في احوال الاستسقاء  
 الدماغى المزمن امكنا وصف الصورة المرضية المطابقة للاستسقاء الدماغى  
 الحاد والمزمن

اما الانسكابات المصلية العظيمة التي تحصل فجأة في المخ وفي جيوبه فينتج عنها  
 مجموع اعراض يعبر عنها بالسكتة المصلية بسبب مشابهتها للنوبة السكتية  
 التي تنتج عن الانسكاب الدموى ولا حاجة لان نذكر طبعا ما تقدم ان تميز  
 السكتة المصلية عن السكتة الدموية غير ممكن في كثير من الاحوال وانه في  
 الاحوال التي فيها يمكن فعل التشخيص التميزي يرتكن فيها الى اعتبار  
 الامور السببية التي ترجح القول باحد المرضين ونفي الاخر

ثم ان الاستسقاء الدماغى الحاد عند الاطفال له سير مشابه لسير الاحتقانات  
 الخفية الشديدة والدورا الاول من التهاب السحايا الحاد فان نوب التشخيصات  
 الشديدة المصحوبة بفقد الادراك هي الظواهر الواصفة الكثيرة  
 الحصول له فان تكررت هذه النوب مرارا كثيرة واستمرت نوبها جازالظن  
 بان الاحتقان ادى لنضج عظيم في الجيوب الخفية ويخشى ان هذا النضج  
 لا يمتص بالكلية ولا يمتص منه الا القليل فيختلف عن ذلك استسقاء دماغى  
 مزمن

واما اعراض الاستسقاء الدماغى المزمن فاما ان تعقب اعراض الاستسقاء  
 الدماغى الحاد وانما تحصل تدريجيا ببطء من اول الامر وهي عبارة عن  
 ألم الراس والدوار وضعف الحواس سيما الابصار وضعف عموى في القوى  
 العضلية او شلل غير تام بها يسبقه مشى اهترازى وارتعاش في الاطراف ومن  
 الظواهر الملازمة لهذا المرض اضطرابات العقل سيما ضعفه الذي يؤدي  
 لحصول البسلة وينضم لذلك عند بعض المرضى نوب تشخيصات وقيحي احيانا  
 والنبس عند هؤلاء المرضى يكون بطيئا وتبرد اجسامهم بسهولة ويكون



عندهم احيانا شراهية عظيمة لا كل وهبته وجوهها منتفخة قليلا وتظهر  
 أوعية دواليه في الوجنتين ومن الواضح انه لا يجوز تشخيص الاستسقاء  
 الدماغى الحاد بالاعراض المرضية المذكورة الا بعد ان يباقي امراض الدماغ  
 التي لها مشابهة بهذا المرض ولذا لا يكون تشخيصه مع غيابة التأكيد الا  
 نادرا وسير هذا المرض بطيء للغاية وان لم يحصل الموت عقب اعراض  
 طارئة اخرى حصل فيما بعد بسرعة عقب ازدياد كمية النضج ازدياد امر يعا  
 أو تدرجيا وفي مثل هذه الاحوال يسبق الموت بحالة سبات تستمر بجملة أيام

### ✽ المعالجة ✽

معالجة الاستسقاء الدماغى الحاد هي عين معالجة الاحتمقان الدماغى الحاد  
 والالتهاب المصحاتى الحاد أيضا وكثير الوسائل العلاجية نجاحا في الامتسقاء  
 الدماغى المزمن هي الحمامات الباردة أو التشنج مع القادى زمنا طويلا

### ✽ البحث الخامس عشر ✽

(في الانسكابات المصلية التجوييف الجمجمة غير المغلقة أى التي لم تنعظم)  
 (يوافقها المعروف بالاستسقاء الدماغى الخلقى)

### ✽ كيفية الظهور والاسباب ✽

من القرى يب العقل جدا ان الاستسقاء الدماغى الخلقى ينتج عن التهاب في  
 جدر الجيوب المخية يقطع سيره مدة الحياة الجنينية واسباب هذا المرض  
 مجهولة بالكلية فان هناك نساء يضعن جملة ممرار اطفالا مصابة بالاستسقاء  
 الدماغى بدون معرفة اسباب ذلك

### ✽ الصفات التشريحية ✽

كمية السائل المنسكبة في تجاوييف الخلقى بالاستسقاء الدماغى الخلقى تكون  
 احيانا قليلة جدا و احيانا تصل الى كمية عظيمة من ستة ارطال الى عشرة  
 وهذا السائل المصلى يكون صافيا شفافا وفي مثل هذه الاحوال تكون  
 الجيوب المخية مستجيبة الى اكياس ذات جدره بيضاء وجوهه الخ في محيطها  
 يكون مسترقا ضامرا ومكونا الطبقة سمكها يكاد لا يكون أز يدمن خط  
 والاجسام المضلعة والاسرة البصرية تكون منضغطة مفرطة ومتباعدة  
 عن بعضها والحيدات النوأمية الاربعة مفرطة أيضا والحواجز الجيبية

مسترة والحاجز المتوسط بين الجيوب يكون منثقباً الحياناً وكذا قاع الجيب الثالث يكون مسترقاً مندفعاً وكل من القنطرة المخيطة والمخيمخ بالنظر فيه من الاعلى يوجد مفرطاً منضغطاً  
 وفي احوال الانسكابات القليلة تكون الجمجمة حافظة لشكها وأما في احوال الانسكابات العظيمة فتتمدد تمدد اعظيماً والعادة ان يكون الراس عظيم الحجم عند الولادة لكن ينمو واعظيماً بعدها بحيث يبالغ محيطه قدمين وفي مثل هذه الاحوال تكون عظام الجمجمة سيما الجبهية والجدارين متمددة تمدداً عظيماً او مسترقة واليوا فيخ تسكون عريضة وتبرز الجبهة الى الامام والسطح العلوي للمخاجين يندفع الى الاسفل فتصير فتحة المخاجين شبه شق رفيع مستعرض وكل من الجزء القشري للعظم الصدغي والقعجدي يكتب لتجاهاً أفقياً والنعظم الذي يتأخر حصوله في مثل هذه الاحوال ان تم يكون بواسطة اصفار معظمه في الاجزاء الغشائية الكائنة بين العظام أو يتكون عظام متداخلة بين عظام الجمجمة وقبوتها التي كانت قبل التعميم رقيقة تصير فيما بعد سميكة جداً والجمجمة في مثل هذه الاحوال تحفظ شكلاً غير منتظم أو شديداً بكرة

### في الاعراض والسير

كثير من الاطفال التي تولد مصابة بالاستسقاء الدماغى الخاقي تم تلك حال الوضع او بعده بقايل وغيرهم من الاطفال قد لا تشاهد فيه مظاهر مرضية في الاسابيع الاولى من الحياة متى كان تجوبف الجمجمة غير عظيم ويوجه ذلك بصعوبة الحكم على الوظائف العقلية في هذا السن وبمرونة العظام الجمجمية وتمدداتها تمدد تدريجياً وأما اذا حصل انسكاب عظيم في الجمجمة المنغلقة فلا بد وان تتضح الاعراض الثقيلة لهذا المرض والعادة ان تسكون الظاهرة الوحيدة في السنة الاولى من الحياة عظم الراس وازداد حجماً وازداد تدريجياً مع صعوبته حفظه على حالة استقامة وان فقدت ايدحجم الجمجمة أو كان غير عظيم بحيث لا يدرك في هذا المرض على الاطباء في السنة الاولى بتسامها والامهات وان تعجن بعد مضي ثلاثة ارباع السنة الاولى أو أكثر من بقاء الطفل في حالة خمول وليس عنده

نشاط واجتهاد للمشي والتكلم وظن ان ذلك ناتج عن بطء نمو الطفل ونموه  
 فلا يستشعر الطيب ولو استمر نه كان ذلك من قبيل تسكين روعه لكن  
 بعد هذه المدة تتغير حالة الطفل وتتضح فيقزع من اقل شيء أو يئن ويصيح  
 بادنى سبب وتكتسب هيئته بشعة المنظر ويكثر اختلاج اطرافه  
 ولا يهود ادراكه مثل باقي الاطفال التي في سنه بحيث يوجه الاشياء التي  
 لم توجهها الاطفال الذين بلغوا هذا السن الى فمه ولا يلتفت لشيء مما يقرب له  
 بل يصير مضطربا وهيئة وجهه لا تدل على التنبيه ما حوله وكثيرا ما يسيل  
 اللعاب من فمه المنفتح نصف انفتاح وبهذه الكيفية يزداد تضاح حالة  
 الطفل ويتحقق من تعقلته وعدمها وكثير من هؤلاء الاطفال لا يمكنهم تعلم  
 المشي وان اجتهدوا في ذلك تتصالب افعالهم على بعضها ويصير مشيهم  
 باهتزاز ويقعون بسهولة ولا يمكنهم الخطى والعادة ان لا يوجد اضطراب في  
 اعضاء الحواس وان وجد ثقل ظاهر في الممع فتحقق بالبحث مع التدقيق  
 انه نتيجة عدم الانعاش واما حاسة الذوق والشم فلا يمكن الحكم عليهما  
 عند مثل هؤلاء الاطفال الذين يعتمرون على الدوام حالة شره واما حاسة  
 الابصار فالعادة ان تبقى سليمة لكن كثير اما يوجد عندهم حول أو تمدد  
 في الحدقتين

وفي الاحوال التي فيها يعظم حجم الرأس بسرعة ويزداد تسهل معرفة هذا  
 المرض من الابتداء ولوان الاعراض التي ذكرناها تكون عادة اقل وضوحا  
 عن الاحوال التي فيها يكون عظم حجم الراس قليلا أو مفقودا فان كلامنا  
 صغير الوجه والمهتة الشخوخية التي لا تطابق عظم حجم الجمجمة يكون  
 معه زاوية حادة منتهية بالذقن وتمدد الاوردة المنتشرة في جلد الجمجمة  
 والجدارين والشعر الرفيع المعطى للرأس العريض وتقوس الاطراف تقوسا  
 واشتمها وضعف النمو وعدم قدرة الطفل على موازنة الراس وسقوطه الى  
 جميع الاتجاهات يصف هذا المرض وصفا واضحا محزنا بالاكليمة

ثم ان سير هذا المرض يقطع النظر عن نوب التشنجات الكثيرة المشاهدة فيه  
 يكون امامنا ظمنا آخذا في التزايد على الدوام بحيث ترتقي اعراضه ارتقاء  
 تدرجيا الى الموت عقب تضاح اعراض الشلل أو يكون غير منتظم بحيث

تتشاكل الاعراض احيانا وتقتصر احيانا اخرى بل قد يحتمل نوع ووقوف وقتي ولا يندران هذا المرض بعد ارتقائه الى درجة معلومة ينحط ويقف سيره بل قد يزول جزءه عظيم من اعراضه لكن لا يكون هذا الزوال تاما بحيث تعود حالة الطفل الى الصحة التامة مطلقا بل الغالب ان يبقى عنده نوع ضعف في القوى العقلية

والا انتهاه الاكثر حصولا لهذا المرض هو الموت وكثيرا ما يطرأ هذا الانتهاه المحزن في السنة الاولى من الحياة اما نتيجة المرض نفسه او التشنجات الناشئة عنه التي تعقبها الكوما او بضاعفان اخرى تطرأ على الطفل ويتناقص متسع تجويف الجمجمة يكون خطره اعظم في الاحوال التي فيها تكون البواقي مغلقة عن الاحوال المضادة لذلك فحياة الطفل تكون أكثر تهديا متى كان حجم الراس طبيعيا تقر يباعن الاحوال التي فيها تكون الجمجمة ممتدة تمدد اعظيما ومن النادر ان يحصل الموت عقب تمزق الجيوب المخية تمزقا ذاتيا او عقب الصدمات الشديدة على الراس ويندران تجاوز ز الاطفال المصابة بهذا المرض سن البلوغ وتجاوزها لهذا السن والوصول الى سن الكهولة بعد من النوادر الغريبة جدا

### المعالجة

جميع الوسائط المساعدة على الامتصاص كالمدرات البولية والمسهلان الشديدين والمركبات اليودية والرتبقي الحلو والمرهم الزئبقي ليس لها أدنى تأثير في الاستسقاء الدماغى الخلقى وانما شوهدمنها بعض نجاح وشفاء في الاحوال المتقدمة من هذا المرض وكذا الضغط على الجمجمة الممتدة تمدد اعظيما بواسطة أسرطة من المشمع شبه القلنسوة الابقراطية ليس خاليا عن الخطر ونجاحه قليل وان فعل يكون مع غاية الاحتراس والنتائج التي تحصلنا عليها الى وقتنا هذا بزل الجمجمة من البواقي واستفراغ السائل المصلى لا تشجعنا على فعل هذه العملية فان أكثر المرضى هلك بعد البزل الاول او تكراره ولذا ينبغي قصر فعل هذه العملية على الاحوال التي فيها يكون نمو الراس عظيم ما جدوا آخذا في الازدياد على الدوام مع كون الطفل لم يزل حافظا للصحة جيدة في الظاهر وفي الغالب تنحصر في معالجه كل

من الاستسقاء الدماغى الخلقى والعارضى على استعمال معالجة عرضية  
والاجتهاد فى منع الاطفال المرضى من التعرض للاسباب المضرة فيؤمّر  
لهم زيادة عن الاغذية الجيدة بالاقامة فى الخلوات الجيدة الهواء مع معالجة  
داء الخنازير والراشتم والانيما على حسب القواعد المعتادة

### المبحث السادس عشر

#### فى ضخامة الدماغ

#### فى كيفية الظهور والاسباب

حيث كان لا يحصل فى المرض المسمى بضخامة الدماغ نؤفى اجزائه العصبية  
الاصلية أعنى فى اليافه واخليته العصبية بل الذى يحصل هو نؤفى المنسوج  
الربقى الضام لهذه الاجزاء العصبية كان تسمية هذا المرض بالضخامة  
الدماغية غير موافق لىكن يكفى مجرد التنويه فى ذلك ليحترس من الوقوع  
فى الخطا وحفظ هذه التسمية وليس من المحقق كون نؤفى هذا المنسوج  
الربقى ناتجا عن احتقانات مستمرة أو متكررة أو عن اسباب أخرى  
ثم ان ضخامة الدماغ قد تكون خلقية خصوصا فى أحوال النمو والتوأى  
والغالب ان يكون حصو لها عقب الولادة فهذا المرض حينئذ خاص بسن  
الطفولة وكما تقدم الشخص فى السن كان حصوله نادرا وضخامة الدماغ  
العارضية اى التى تحصل عقب الولادة تكون مصحوبة بحالة راشتمية  
ونقص فى غوا الغدة التيموسية وضخامة فى العقد الليمفاوية ( كما قاله  
روكسكى ) ويعد من الاسباب الماتمة لهذا المرض التنهيات العقلية المتكررة  
والافراط من المشروبات الروحية أو التمهات الرصاصية لىكن بغير حق

#### ( الصفات التشريحية ) \*

يكون الدماغ خصوصا المنخ فى هذا المرض أعظم حجما وثقلا عن الحالة  
الطبيعية وعند فعل الصفات التشريحية ونشر عظام الجمجمة يبرز جوهر  
هذا العضو بوزن اعظيما بحيث لا يمكن عوده الى محله و يظهر ان تجويف  
الجمجمة لا يسهوا السحيا تكون مسترقة خالية عن الدم ولا يوجد فى المسافات  
تحت العنكبوتية أثر من السائل والشعار ينجح المخية الكائنة على سطح  
النصفين الكبر بين توجد مفرطحة ومتقاربة من بعضها والميازيب الكائنة

بينها تكاد لا تدرك والمرکز الدماغى نفسه يكون ذا قطر عظيم والجيوب  
الخفية تكون ضيقة وجوهر المخ يظهر عند شقه كالمحيا يا خاليا عن الدم  
وكل من تماسكه ومرونته يرى متزايدا

ثم انه اذا حصلت الضخامة الخفية قبل ان يتم انغلاق الجمجمة ازداد قطر  
تجويفها كما يشاهد ذلك فى الاستسقاء الدماغى الخلقى

وأما اذا حصل هذا التغير بعد انسداد التدارير فإنه يحصل غالباً فى العظام  
الجمجمية امتصاص ورقة وفتحة الصفيفة الباطنة للعظام الجمجمية  
ملاستها ومن التدارير ان يحصل عقب النمو المريرع لهذا المرض انفتاح  
واسترخاء فى التدارير الجمجمية عقب انسدادها

### الاعراض والسير

من الواضح ان ضخامة الدماغ تؤثر على الدورة الدموية فى باطن الجمجمة  
كغيرها من ازيد ما تحصل الجمجمة بمعنى انها تحدث عوقا فى وصول الدم  
الى الدماغ واستفراغه من أوعيةه ولذا كان هذا المرض مصحوبا بتارة  
بظواهر تهيج ممتدة وتارة بظواهر شال وكذا من الواضح أيضا ان هذه  
الاعراض كثيرا ما تفقد أو تشاهد بدرجة قليلة جدا مادامت التدارير  
الجمجمية غير منسدة وعظام الجمجمة متسعة تبعا لازدياد حجم المخ ومن  
المهم فى التمييز بين الاطفال المصابين بضخامة فى الدماغ والاطفال الذين  
يعتريهم عظم فى حجم الجمجمة ناتج عن الاستسقاء الدماغى الخلقى ان الاولين  
المصابين بالضخامة يكون عقولهم ناميا جدا بالنسبة لاجسامهم بحيث يلوح  
عليهم كثرة الذكاء والفطنة بخلاف الآخرين وهذا أعظم ما يرتكبن  
اليه فى التمييز بين هذين النوعين ثم ان الظواهر المشاهدة السكتيرة  
فى هذا المرض خصوصاً متى كان نمو الجمجمة غير عظيم أو غير تابع لتعدد  
المخ هي نوب التشنجات الصرعية ويظهر ان حصول هذه النوب وطورها  
متى أثر أى سبب يزيد فى الانهيميا الخفية التى توجد على الدوام فى مثل هذه  
الاحوال بحيث انه يمتد تأثير هذا السبب الفجائى الوقتى فترتقى الانهيميا  
الخفية الى درجة عظيمة جدا أو أقل من ذلك مشاهدة ووصفا للضخامة الخفية  
آلام الرأس والدوار والفرع من الضوء وتير ان الحساسية العامة وتهيج

القوى العقلية والقيء زمانا فمننا وهذه ظواهر يعقبها عند تقدم سير هذا المرض ضعف في الحساسية العامة والانقباضات العضلية ونجود في القوى العقلية وميل مستمر للنوم فهذا المرض لا يمكن تشخيصه مع درجة ما من التأكد الا في الاحوال التي تكون فيها الجمجمة عظيمة جدا مع التمكن من نفي وجود استسقاء دماغى ففي معظم الاحوال لا يمكن تشخيص هذا المرض ولو مع التقرىب وسير الضخامة الدماغية من على الدوام ومن المشكوك فيه انهاؤها بالسفاهة أحيانا والموت يحصل اما بتقدم هذا المرض نفسه لكن ليس بارتقاء الشلل العمومى ارتقاء تدريجيا بل في أثناءه نوبة من نوب التشنجات الصرعية أو بمضاعفته بانسكابات دموية سكتية أو بتغيرات النهاية مصحوبة بضح ومن الواضح شدة خطر هذين المضاعفتين عند مثل هؤلاء المرضى ولو كانت بدرجة قليلة جدا

#### المعالجة

لا يتأتى التسكام على معالجة الضخامة المخمية فانه وان عرف المرض وامكن تشخيصه فليس عندنا جواهر دوائية تزيد التغير المرضى الذى نحن بصدده أو توقف سيره وانما يمكن مقاومة الداء الاصلى كالراكيشيسم أو داء الخنازير اما بواسطة يودور الباتسيوم او يودور الحديد واما معالجة المضاعفة كالتشنجات فتسكون على حسب القواعد العامة

#### المبحث السابع عشر

##### في ضمور الدماغ

##### (كيفية الظهور والاسباب)

لا ينبغي اطلاق لفظ ضمور الدماغ على كل تناقص في حجم هذا العضو سيما ما كان منه ناشئا عن فساد وتمتك في جوهره العصبى وتكون منسوج ندى قابل للانقباضات في محل الجزء المفسدان ضمور الدماغ في الحقيقة عبارة عن تناقص في عدد أجزاء جوهره العصبى بدون ان يسبق ذلك بفساد أو تمتك ومن الجيد ان يميز ضمور هذا العضو شكلان الاول عبارة عن ضمور تام فيه المسمى بالاجنيزيا الدماغية والثانى عبارة عن تقهقر ضمور هذا العضو أى اضمحلال اجزائه التى كانت تامة النمو

ولا تتعرض هنا للاجنيزيا الدماغية التي فيها يكون نموه هذا العضو غير تام بحيث يوجد حالة بله تام احواله فيها لا يمكن استمرار الحياة وانما ذكر هنا فقط ضهور احدى جهتي الدماغ الذي هو شـكل غـير نادر الحصول وبيئدئ تكونه اما مدة الحياة الجنينية او بعد الولادة وفيه لا تحفظ الحياة فقط بل فيه تنمو القوة العقلية احيانا الى درجتها

ثم ان اسباب الضهور الدماغى الجانبى المذكور مجهولة علينا والظاهر ان هذا الشكل يتعلق بحالة التهاية فى الدماغ او المخا يا او الجمجمة مدة الحياة الرجمية

واما ضهور الدماغ الذى يحصل عقب تمام نموه فيكون اما حالة مرضية اولية تعتربه او تصاحب امرا اخرى لهذا العضو بمعنى انه يكون حالة مرضية ثانوية فمن نوع الضهور الاول للدماغ بعد اولا شكل الضهور الذى هو ظاهرة من ظواهر الضهور الشخوئى العمومى وكان التغيرات الشخوئية المختلفة يختلف ارتقاؤها فى الشدة عند الاشخاص المتقدمين فى السن فكذلك توجد شيوخ لا يشاهد عندهم ادنى اثر من ضهور الدماغ كما انه توجد شيوخ اخرى اقل تقدم فى السن يرتقى عندهم هذا الضهور الى درجة عظيمة وينضم لذلك الضهور الذى يحصل فى انشاء سير الامراض المنهكة وفى كثير من الاحوال يظن بوجود صبر وجملة تعقلية عند قرب الانتهاء المحزن لبعض الامراض المزمنة جدا وما ذلك فى الحقيقة الا ناتج عن ضهور فى الدماغ وضعف فى الحساسية والتعقل تبعاً لذلك واما الضهور التابعى فينشأ عن الباعن تغيرات مرضية موضعية فى الدماغ وقد ذكرنا انه كثير اما بعقب السكتات المخية بعد انتهاء سيرها والتمركز الموضعى للدماغ والتهاباته الموضعية ويظهر ان شكل البله المصحوب بشلل متعلق بضهور فى الدماغ ناشئ عن تغيرات التهاية مرضية فى المخا يا او فى الجوهر القشرى لهذا العضو

وفى احوال اخرى قد يكون هذا الضهور التابعى نتيجة ضغط مستمر على جوهر الدماغ ومن هذا القبيل تناقص كتلة الدماغ التدريجى وضهورها الناتج عن اورام الدماغ او استسقاؤه ويظهر كذلك ان ضهور الدماغ المصاحب للالتهاب السحائى ينتج عن الضغط الذى يعترى هذا العضو من النضج



الالتهابي المتراكم في المسافات تحت العنكبوتية وبالجملة فلنذكر هنا ان  
جروح بعض الاعصاب الدائرية وتحتها يعقبها احيانا ضهور تابعي في  
بورتها المركزية

### في الصفات التشريحية

الضهور النصفى للدماغ أكثر ما يصيب الجهة اليسرى من هذا  
العضو وفيها يعم تارة جميع النصف الكرى وتارة يكون قاصرا على بعض  
اجزائه وفي الدرجة العظيمة لهذا المرض يكون جوهر المخ السكائن بين جيبويه  
وسطحه المحذب ضامرا مسترفا على شكل طبقة رقيقة سمكها بعض خطوط  
والتعرجات المخية تكاد لا تدرك أو انها تكون كثيرة العرض والسمك وكذا  
العقد الدماغية العظيمة تكون ضامرة ومن هنا يمتد الضهور بواسطة احد  
الخذاذ المخ الى الاحبلية المسامته له من الخضاع المستطيل والجوهر الدماغى  
الضامر تكون مقاومته غالباً متزايدة ولونه متعكر او المسافة الخالية الناشئة  
عن الضهور تكون مملئة بسائل مصلى يتراكم في الجيوب المخية أو بين  
السحايا وفي الغالب يكون شكل الجمجمة غير منتظم وعظامها مخيئة في  
الجهة التي يعترها الضهور

وأما ضهور الدماغ المصاحب للتقدم في السن فالغالب ان يكون عاما لهذا  
العضو لكن متى كان ثانويا وناشئا عن تهنكات جزئية فيه فيكون اكثر وضوحا  
في الجهة المصابة عن الجهة المقابلة لها والجوهر النخاعى للنصفين  
السكر بين يكون متناسفا في الحجم والتلافيف المخية رقيقة والمازيب  
أكثر عرضا وغورا ويكون الجوهر اللبي أبيض وسخامته كثافة وجوهره  
القشرى رقيقا متمناذا لونه مسمر أو ممتقع والجيوب المخية تكون مملئة  
ومتمدة بسائل مصلى وكذا المسافات تحت العنكبوتية تكون مملئة بكمية  
عظيمة من هذا السائل المتجمع فيها (أعنى الاستسقاء الدماغى الناشئ  
عن الفراغ)

### في الاعراض والسير

الضهور النصفى للمخ وان لم يصاحب كذا كرتا في بعض الاحوال باضطرابات  
عقلية لكن مثل الاحوال التي فيها أحد نصفى المخ يعوض الآخر في وظائفه

تعد من النوادر العظيمة والغالب ان يعترى أكثر المرضى ضعف في القوى العقلية بل يكون في حالة بلبه وكذا أعضاء الحواس خصوصا الابصار تكون قليلة الحساسية وقابلة تنبيهه الاعصاب الحساسية للجهة المشاولة تكون متناقصة وأعظم الاعراض المشخصة لهذا المرض هو شلل احدى جهتي الجسم مع ضهور واضح كثير الظهور فيه والغالب ان يكون الشلل معجوبا بانقباضات عضلية وضهور الجهة المشاولة بهم جميع منسوجاتها حتى العظام بحيث ان الفخذ الدقيق القصير للبالغ يظهر في مثل هذه الاحوال كفخذ الطفل واغلب المرضى يعترىم نوب صرعية وحيث ان باقى وظائف الجسم تتم جميعها فن النادر ان يكون هذا المرض سببا للوتم ومع ذلك فمثل هؤلاء المرضى لا يصلون الى سن عظيم الا في أحوال استثنائية بل الغالب ان تكون مقاومتهم ضعيفة بحيث تمك من أقل شيء يطرا عليهم

وأما الضهور الاولى للمخ الذي يحصل خصوصا عند الشيوخ الهرميين جدا وكذا الضهور الثانوى الذى يعقب السمكات المخية والتكرز الجزئى للدماغ وغيره من الامراض المرضية لهذا العضو في تصفان بضعف تدريجى في القوى العقلية وتناقص في القوى المذكرة تناقصا تدريجيا وتشتت في التصورات كحالة طفولية وضعف في الحواس وتناقص في قوة الانقباضات العضلية واضطراب المشى واهتزازه وعدم القدرة على قهر العضلات العاصرة

ثم ان ضهور الدماغ الذى يوجد في جمثة المجانين الذين اعتراهم قبل هلاكهم بلبه شللى تتعلق به الاعراض الانتهائية التى تشاهد في مثل هؤلاء الأشخاص في آخر الحياة وهى ظواهر ضعف القوى العقلية والبله وأما جنون التعاضم الثابت وتوهم ارتفاع القدر الذى يسبق شلل العقل والظواهر الجنونية التى تطرأ عليه زمنا فزمننا والنوب السكتية فليست متعلقة به بل هذه الظواهر تنسب الى الانتهابات المعنوية التى تسبق هذه الحالة وتثور زمنا فزمننا في أثناء سيرها وفى دور هذا المرض الذى فيه يتناقص ثوران القوى العقلية عند المرضى وتضعف قوة التصورات والحواس وتقل شدتها وفيه تتمسك التصورات وتضطرب وتفسد القوة المذكرة تبتدى اعراض الشلل في أعضاء الحركة وكلاما ارتقت ظواهر ضعف القوى العقلية ازدادت علامات شلل

الحركة والعرض الابتدائي في أغلب الاحوال هو صعوبة النطق الذي ينتقل بسرعة الى القئمة و يعقب ذلك عدم قدرة الجسم على الوقوف والاهتزاز في المشي وتخلخله وسهولة سقوط المرضى واهتزاز ايديهم عند حركة الانبساط ثم لا يصير لهم قدرة على ترك الفراش ولا تنبهه من المؤثرات القوية ثم تهلك فيما بعد في حالة نهوكة

### المعالجة

لا توجد معالجة شافية لاضهور المنخ فاجتهد الطبيب في مثل هذه الاحوال يكون منجها الى المرض الاصلى لاجل منع تقدم سيره سيما بالمعالجة السببية التي تستعمل لمقاومة الافراط من المشروبات الروحية والتسمم الزحلي والدا الزهري والنهوكة العامة والالتهاب المصحائي المزمن بواسطة الحمامات التشاسلية الباردة بالصب على الرأس ونحو ذلك كما اوصينا به في معالجة الالتهاب المصحائي المزمن وزيادة عن ذلك يجتهد في مضاربة الاعراض الخطرة وفي احوال الضهور الدماغى النصفى المصحوب بضمور في العضلات واستحالة شحوية فيها يمكن استعمال التيار الكهربي الطبي المتقطع أو المستمر الذي لا يكون له في هذه الاحوال منفعة الامن حيثية تقوية العضلات باحداث انقباضات ميكانيكية فيها وانما في سن الطفولية عند ما يكون نمو الدماغ في درجة مناسبة يظهر أنه بتأثير التغذية الجيدة والهواء الجيد والرياضة الجسمية والكهربية يمكن احداث تقدم في نمو الدماغ المتأخر وما عد ذلك فالمعالجة لا تكون الاعرضية

### المبحث الثامن عشر

(في فقد النطق المسمى بالافازيا والاسمبوليا)

يوجد اضطراب في الدماغ به يحصل تناقص في قابلية التكلم أو فقدها بالكلمة بدون ان تكون أعضائه النطق مضطربة في وظيفتها وبدون اضطراب في القوة المفكرة وفقد هذه القابلية مع سلامة القوة المفكرة والسلامة التامة للعضلات المنوطة بالتكلم والتعبير عن الافكار بواسطة الكلام يعبر عنه بالافازيا (كما قاله ترسو) وقد ذكر المعلم بروكان اضطراب التكلم الذي نحن بصدده يتعلق بتغير في التلايف المخيمية الجبهية الثالثة

ويكاد يكون فقد التكلم هذا ناشئاً عن اصابة مرضية في التلافيف الثالثة  
 اليسرى ومن النادر ان يكون ناشئاً عن اصابة التلافيف اليمنى بنسبة  
 ١ / ١٢ يسارى  
 ٤ يسرى والمؤلفون الفرنسيون هم أول من وجه هذه النسبة

بالتعبير الآتي وهو ان اعصاب التكلم تفرن وتقوى عادة في جهة واحدة من  
 الدماغ وهي اليسرى بخلافها في الاشخاص ذوات العسر فان التلافيف  
 الثالثة اليمنى فيهم تكون بعكس ما ذكرته سلطنة على وظيفة التكلم ومع  
 ذلك فالظاهر ان هناك اجزاء اخرى من الدماغ لها تأثير على تلك الاعصاب  
 ولذا كان كثيراً ما توجد الاصابة المرضية في غير ما ذكر من التلافيف كقرب  
 حفرة سلفيوس والتلافيف المركزية أو بقرب الحديبات الثومية أو الفصوص  
 المؤخرية والتغير المرضي الناشئة عنه الافاز ياقديكون محتملاً فاما ان تكون  
 انسكابات دموية أو بورات لينة النهائية سددية أو تكون جروحاً آسية أو  
 تولدات جديدة ونحو ذلك مجلسها الاصفار السابق ذكرها ومن الواضح  
 انه عندما تزداد تلك التغيرات تحصل ولا بد اضطرابات وظيفية أخرى في  
 الدماغ خلاف الافاز بالكن منشأ الافاز بالايكون على الدوام ناتجاً عن  
 تغيرات جوهرية واضحة مثل السابقة بل كثيراً ما تحصل في أثناء سير بعض  
 الامراض التسممية الحادة سيما التي نفوس وكذا عقب التسمم بالبلادونا  
 والرصاص وعقب التخدير بالكافور فوم وفي أثناء سير الاستيريا والصرع  
 وعقب الانفعالات النفسية

وغالباً يبقى عند المصابين بعض ألفاظ يستعملونها على الدوام مع التكرار  
 للافصاح عن افكارهم وفي احوال أخرى لا يكون لهم قدرة الاعمال على النطق  
 ببعض المقاطع ويكونون قاعدي التكلم بالسكينة وقد قابلية التكلم الذي به  
 يمكن الافصاح عن الافكار وان كان هو الظاهرة الاهتبادية لهذا  
 الاضطراب الدماغى الا أنه ليس هو العيب الوحيد في ذلك اذ قد يفقد كذلك  
 قابلية الكتابة (وهو الاجرافيا) أو القراءة (وهو الاكسيا) وفي بعض  
 الاحوال قد تفقد قابلية الافصاح عن المرام بالاشارات ولذا قال فنكلن برج  
 انه من الاجود استعمال لفظ اسمبوليا بدلا عن الافاز يالاجل سهول جيسع  
 اضطرابات الدماغ هذه في التعريف فيعرف هذا المعلم الاسمبوليا بانها

عبارة عن اضطراب وظيفي به تفتقد قابلية التعبير والافصاح عن التصورات  
 بعلامات مصطلح عنها (وهي الكتابة) أوفتقد قابلية ادراك التصورات  
 بعلامات معلومة (وهي القراءة) اما فقد تاما أو غير تام وفي الحقيقة كثير من  
 الاشخاص المعتر بهم الافاز يالا يكون لهم قدرة على قراءة الحروف ومطلقا  
 وفهمها بل قد شوهد في بعض الاحوال الاستثنائية بقايا قابلية التكلم  
 مع عدم قابلية الكتابة والقراءة وهذه حالة لا يسوغ اطلاق اسم الافازيا  
 عليها (فان لفظ افاز يامر كب من حرفين أي بمعنى الفقه وفازس أي التكلم)  
 وقد شوهد في اكلينك جسينير شخص مصاب بالافاز ياطهر عنده في الاسابيع  
 الاول حالة مخصوصة وهو انه لم يمكنه فتحه عند أمره بذلك بحيث كان يجفل  
 من عجزه عن ذلك ويجهتد في فتحه باصابعه امكن متى قرب من فمه ملعقة ملانة  
 بالطعام كان يفتحها على آخر درجة - وأما التوجيه الفسولوجي المقبول  
 للاسمبوليا فلم تبسر الى الآن وقد نسب المعلم ترسو فقد التكلم الامر من  
 أحدهما فقد القوة المفكرة كالأو بعضها وحينئذ لا تتكلم المرضى لانهم لم  
 تتذكر الكلمات غير انه يمكنها تقليد النطق بالكلمات التي تقال لهم (وهذا  
 ما يسمى بشكل الافازيا الناتجة عن فقد القوة المذكورة) والامر الثاني فقد  
 صناعة تقطيع الحروف وبذا يتعسر على المرضى تقليد النطق بمثل  
 ما يقال لهم أو يتعذر بالكلمة (وهذا يسمى بشكل الافازيا الناتجة عن فقد  
 قابلية تقطيع الحروف)

ثم انه وان سهل بالكلمة معرفة حالة الافازيا الواضحة غير المضاعفة يعسر  
 علينا الحكم على احوال الافازيا غير التامة أو المصحوبة باضطراب في القوة  
 العقلية وليس من النادر أن يوجد مع الافازيا شلل نصفي جانبي في الجهة  
 المقابلة للاصابة المخية أعني في الجهة اليمنى من الجسم غالباً وحينئذ يكون  
 الحكم على عاقبة الافازيا في مثل هذه الاحوال التي فيها تنسب لبورات  
 مرضية مفسدة في المخ غير جيد ولوانه قد يشاهد في مثل هذه الاحوال تحسين  
 وأما ان لم يوجد الشلل بالكلمة استنبط من الامور السببية ان فقد التكلم  
 ناتج عن اضطراب دوري وقتي أو عن نضح ماى أو نحو ذلك فيجبكم بان هذا  
 المرض من طبيعة وقتية وعاقبته حميدة

ومعالجة الافازيات تطابق بالسكلية معالجة المرض الاصلى ثم يجتهد فيها بعد  
بواسطة التحرين اللائق بالتسكلم والقراءة والكتابة ونحوها فى تقوية  
الاجزا العصبية للتسكلم فى الجهة المقابلة ومع ذلك فلا تؤيد التجارب حقيقة  
التعادل العوضى لهذا الاضطراب

\* (الفصل الثانى) \*

(فى امراض النخاع الشوكى ولفائفه)

\* (المبحث الاول) \*

(فى احتقان النخاع الشوكى ولفائفه)

من المعلوم ان كمية الدم المحتوى عاينها النخاع الشوكى عرضة لاختلافات  
عديدة وان احتقان هذا العضو وانيمته تحدث اضطرابا فى وظائفه بكمية  
مماثلة لما يحصل فى الدماغ من احتقانه وفقرده ومع ذلك فالاعراض التى  
تنسب لتفاوت كمية الدم فى النخاع ليست متخذة من مشاهدات لاواسطية  
اكيدة اعنى من مقارنة الظواهر المرضية التى تشاهد مدة الحياة والصفات  
التشريحية بل باستنتاجات حدسية وزيادة عن ذلك فانه فى أغلب الصفات  
التشريحية لا يلتفت الى كمية الدم المحتوى عليها النخاع الشوكى وان  
تعيين كميته فى هذا العضو أصعب منه فى المخ  
وأكثر ما يشاهد احتقان النخاع الشوكى واحتمواؤه على كمية عظيمة من الدم  
ولفائفه فى الصفات التشريحية للاطفال المولودين حديثا وفى جثة  
الاشخاص الهالكين بامرض تشنجية أو امراض حادة وزيادة عن  
ذلك تشاهد تمددات دوالية فى السمكة الوريدية للجزء السفلى من النخاع  
الشوكى وتكون مصاحبة للامتلاء الدموى البطني الذى هو ظاهرة من  
ظواهر سير وزالكبد وغيره من امراض هذا العضو التى تعوق سير الدورة  
فى البطن

ثم ان احتقان النخاع الشوكى يؤدى الى انتفاخ ورخاوة فى جوهره وتكون  
بضع ايكبوزية صغيرة وفى الدرجة المرتفعة لهذا المرض يحصل فى جوهره  
لين واحتقان المحيايا النخاعية يعقبه طبعا ماشاهد المعلم هس زيادة  
ارتشاح من مادة مصلية تملأ المسافات تحت العنكبوتية من أسفل الى أعلى

حتى تمد الى تجويف الجمجمة

واعراض احتقان النخاع الشوكي ولفائفه هي طبعا لما ذكره المعلم المذكور  
 ألم أصم قاصر في الغالب على القسم العجزى والقطن واحساس بخدر وتقل  
 في الاطراف السفلى وشال فيها غير تام غالبا ومن النادر أن يمتد كل من  
 اضطراب الحس والحركة من أسفل الى أعلا صاعدا الى الاطراف العليا وفي  
 مثل هذه الحالة الاخيرة يكون التنفس بطيئا احيانا واما المثانة والمستقيم  
 فلا يصابان بالشلل فمن مجموع هذه الاعراض يمكن الحكم على وجود احتقان  
 النخاع الشوكي ولفائفه اذا انتفى باقي اعراض هذا العضو وحصل تحسين  
 او زوال في مجموع الاعراض المذكورة عقب حصول نزيف من  
 الاوعية الباسورية المتفممة باوعية النخاع الشوكي أو نزيف رجمي أو عقب  
 فعل استفرغات دموية موضعية

والقول بانه ينشأ عن الاحتقان الشديد للنخاع الشوكي تشنجات غير مقطوع  
 به فان وجود كمية عظيمة من الدم في اوعية هذا العضو عند فتح جثة  
 الأشخاص الهالكين بنوب تشنجية شديدة يمكن اعتباره كنتيجة التشنجات  
 وليس سببها

وكذا يقال في احتقان النخاع الشوكي الذي يشاهد في جثة الهالكين  
 بامراض حمية ثقيلة وفي الارتباط بينه وبين اعراض الحمى  
 وهناك حالة مخصوصة تسمى بتسجج النخاع كثيرا ما أطنب فيها المؤلفون زمنا  
 طويلا وهي عبارة عن أحوال مرضية تكون فيها الحساسية متزايدة جدا  
 عند الضغط على النتوءات الشوكية وعن ميل عظيم وارتقاء واضح في حصول  
 حركات انعكاسية وثوران في الحساسية العمومية وهذه الاعراض توجد بكثرة  
 كالم الرأس في أمراض حادة وضمنة بدون أن يمكن توجيهها وعلى كل حال  
 فلا يستخرج من تلك الظواهر المرضية دائما وجود احتقان في النخاع الشوكي

### المعالجة

في الاحوال التي فيها يمكن معرفة الاسباب التي ينتج عنها احتقان النخاع  
 الشوكي تستدعي المعالجة السببية لهذا المرض تبعيدا لاسباب المذكورة  
 وأما الاحتقان نفسه فيوصى فيه اذا ارتقى لدرجة عظيمة باستعمال

الاستفرغات الدموية الموضعية اما بواسطة المحاجم التشرطية أو بارسال  
العلق والاجود استعمال الاولى على طول العمود الفقري والثانية على دائرة  
الاست أو عنق الرحم خصوصا في الاحوال التي يوجد فيها امتلاء دموى  
بطنى وذلك بالنسبة لاستطراق أوعية الحوض بأوعية القناة الفقرية  
واستعمال الجواهر الدوائية المسهلة لاسيما الاملاح المتعادلة والحمامات  
القدمية والمصرفات على الجلد تساعد الاستفرغات المذكورة مساعدا  
تامة وبنجاح هذه الطريقة العلاجية قد يتيسر الحكم على حقيقة التشخيص  
\*(المبحث الثاني)\*

في نزيف النخاع الشوكي ولفائه

(المعروف بالسكنة النخاعية الشوكية)

الانسكابات الدموية بين اللقائف الشوكية وجوهر النخاع الشوكي تعد من  
الظواهر النادرة بقطع النظر عن البقع الالبكية وبسبب الصغيرة التي  
تصاحب احتقانات هذا العضو الشديدة والظاهر ان كلامنا من الاستحالة  
المرضية بل بدر الاوعية وازداد ضغط العمود الدموى في الشرايين اللذين هما  
السببان الرئيسان للانزفة الدماغية ليس له تأثير في احداث الانزفة النخاعية  
فتكاد الانزفة الشوكية داخل السحايا تنجم دائما عن اصابات جرحية لهذا  
العضو كجروح العمود الفقري ورضه وقمزه وأكثرا ما يشاهد هذا النوع من  
الانزفة في الاطفال المولودين حديثا ويوجه ذلك بسهولة بالجذب الشديد  
والتمزق الذي يكايده العمود الفقري اثناء الولادة الشاقة وأما الانزفة  
الدموية داخل جوهر النخاع فيظهر ان اغلب منشأها ظاهرة التهابية  
لبعض الامراض المزمنة المفسدة للنخاع الشوكي ويندر ان تنشأ عن اصابات  
جرحية في العمود الفقري

ثم ان الانسكاب الدموى الذي يخالف الانزفة السحائية الشوكية يكون غالبا  
عظيما وأكثرا ما يجتمع في الجزء السفلى للقناة الفقرية فيلما امتدادا عظيما من  
المسافات تحت العنكبوتية وأما نزيف الجوهر النخاعي الشوكي ففيه يكون  
جوهر هذا العضو مستحيلا الى مادة بجمينية والتغيرات التي تسكبها  
البورة السكتية النخاعية عند مكثها زمانا طويلا قليلة المعروفة بالسكتية



والظاهر انها مائلة للتغيرات التي تعترض البورة الخفية السمكية عند  
استمرارها من مناطق بلا

ومن الواضح ان أوعية الخناج الشوكي لا تنضغط بواسطة الانسكاب الدموي  
داخل لفائف هذا العضو وتصل للدرجة التي بها يمنع بالكلية ورود الدم  
الشرياني اليه وبذا التنطفي قابلية تنبيه الالياف العصبية الا بالتدريج وفي  
العادة يشاهد ان ظواهر الشلل في الانسكابات الدموية من السحايا  
الشوكية تسبق بظواهر تخرج كالام الظهر الشديدة والكثيرة الامتداد  
والتشنجات سيما المستمرة التي في الاجزاء الناشئة اعصابها اسفل محل التزيف  
كالتي تنفس الحائفي والتشنجات والانقباضات العضلية للاطراف ثم يعقب  
هذه الظواهر عندما يكون الانسكاب الدموي غزيرا شل في الحس والحركة  
يصيب الاجزاء التي اعصابها ناشئة من الجزء الخنجاكي المنضغط وان اصاب  
الشلل عضلات التنفس أيضا حصل الموت بسرعة وفي عكسه العكس يعني  
اذ لم يصيبها فان الموت يكون بطيئا ومن المشكوك فيه كونه اتصال القيبار  
العصبي يعود بعد الامتناس الدموي ويتم الشفاء ثم انه لا يحكم بالاعراض  
المذكورة على تشخيص نزيف سبجاني شوكي الا اذا سبقها اصابة جرحية في  
العمود الفقري فان لم يتحقق ذلك وانهم السبب فان تشخيص هذا المرض  
لا يكون أكيدا وحيث انه بواسطة نزيف الخناج الشوكي نفسه يحصل في  
المحل المتجمع فيه الدم تهتك تام في جوهر الخناج الشوكي فلا بد وان يعترض  
تواصل التنبيه العصبي من الدماغ الى الاعصاب الدائرية ومنها الى الدماغ  
انقطاع بجائئ خال حصول التزيف في هذا الشكل من البكنة الخنجاكية وكالما  
طرأت بسرعة اعراض هذا الانقطاع التي هي فقد احساس النصف السفلي  
من الجسم وانقطاع تأثير الارادة عليها المصحوب بشلل في المشاة والمستقيم  
أمكن تقريبا ان يحكم بان فساد جوهر الخناج حصل بسرعة بواسطة الانسكاب  
الدموي لا تدريجا بواسطة الالتهاب أو اللين أو الضغط وحينئذ يحصل الموت  
بسرعة اذا كان مجلس الانسكاب الدموي في الجزء العلوي من الخناج بحيث  
تنشل عضلات التنفس وأما اذا كانت الاصابة والفساد في الجزء السفلي  
من الخناج فان حصول الموت يكون بطيئا ورمادى عدة سنين ويكون في

الغالب ناتجا عن الغمغرينا الوضعية أو الالتهاب المشافي الخبيث الذي  
يصحب شلل المثانة وحيث لم يكن للصناعة مقدرة على احداث امتصاص  
الانسكاب الدموي وتعويض ما فسد من الالياف العصبية كانت معالجة  
السكتة الشوكية عرضية ففي الابتداء ينبغي استعمال الاستفراغات  
الدموية عموما عند الاشخاص الاقويا البنية أو الاستفراغات الموضعية  
المتكررة بواسطة ارسال العلق أو المحاجم ووضع مائة ممثلة بالجلد على  
الجزء الذي يظن فيه انه يجلس للانسكاب الدموي وذلك اذا اشتكى  
المريض بالآلام في الظهر شديدة وكان عنده ظواهر التهابية ثم يجتهد في  
منع حصول الغمغرينا الوضعية بوضع المريض غالب أوقاته وضعا جانبيا  
واستفراغ المثانة مع الاحتراس زمنافز منوالانفقات لتغذيتها مع الراحة  
والتدبير الغذائي اللطيف كما يفعل في غير هذا التزيف من الانزفة الباطنية  
وعند ظهور ظواهر الانحطاط والهبوط يمكن استعمال الوسائط المنعشة  
وقتها وكذا المحولات الجلدية وان اشتد ألم الظهر جدا وجب استعمال  
المورفين والشلل الذي يخلف هذا المرض ينبغي معالجته بواسطة يودور  
البوتاسيوم بقصد تحريض الامتصاص وماعد ذلك يعالج بما سنذكره  
من القواعد في معالجة شلل النخاع الشوكي وأغنياء المرضى المصابة  
بالسكتة الشوكية والشلل التابعي يمكن ارسالها الى الحمامات المعدنية  
الحديدية كولدباد وفغروجستين لكن كلما كان التشخيص أكيدا كان  
العشم بالنجاح قليلا

### المبحث الثالث

(في التهاب السحايا الشوكية)

كيفية الظهور والاسباب

التهاب الام الجافية لا يظهر على شكل مرض أولى مطلقا بل كثير ما يضاعف  
جروح العمود الفقري وبالخصوص التهابية كما ان التهاب العنكبوتية  
لا يكاد يشاهد الا مصاحبا لالتهاب الام الجافية أو الالتهاب الحنونية وربما  
شوه هذا التهاب العنكبوتية المزمن على حالة مرض أولى ذاتي بدون سبب  
معلوم يحال عليه وينتج عن هذا الالتهاب تكاثف جزئي في العنكبوتية  
وتعظاماتها وأما التهاب الام الحنونية الناتج عن مؤثرات وبائية فقد

ذ كرناه في أمراض الدماغ وبميناها بالالتهاب السحائي الدماغى الشوكى  
وزيادة عن هذا الشكل من التهاب الام الحنونى الشوكية يشاهد التهاب  
هذا الغشاء منفردا ناشئا ما عن اصابات جرحية أو عن امتداد التهاب الام  
الجافية الشوكية الى الام الحنونى كما انه قد يشاهد أحوال ذاتية من هذا  
الالتهاب تنتج عن تأثير البرد ونحوه من المؤثرات المضرة على الجسم ولوان  
ذلك نادر الحصول جدا

\* (الصفات التشريحية) \*

التهاب الام الجافية الشوكية يندر أن يكون ممتدا في سطح متسع من هذا  
الغشاء بل الغالب أن يكون قاصرا على بعض اصفاره ويظهر الجزء المتهب  
في الابتداء محتمقا رطبا رخو اثم يتغير لونه ويصير سهل التمزق ويغطي احيانا  
بنضج قيحى وانتهأت هذا الالتهاب اما بحصول تكاثفات ونخن بعض  
اصفار الام الجافية والنصاقها بالعظام الفقرية التصاقا متينا او بثقب الام  
الجافية بواسطة القيج المجمع بينهما وبين العظام الفقرية و التهاب سحائى  
شوكى منتشر تبعاً لذلك واما التهاب العنكبوتية المزمن فيخالفه تكدرات لينية  
في هذا الغشاء وتكون صفحات غضروفية أو عظمية في حجم العدسة ذات  
سطح باطن خشن و سطح ظاهر أملس وهذه الصفحات تكون بعدد عظيم  
متراكمة خصوصا في الجزء السفلى من النخاع الشوكى

وأما التهاب الام الحنونى فالغالب أن ينتشر على معظم سطح هذا الغشاء وفي  
شكاه الحاد تكون كثيرة الاحتمقان منتمخة رخوة و يوجد في المسافات تحت  
العنكبوتية نضج قيحى ندى غزير و يكون كل من الام الحنونى والعنكبوتية  
مغطى بنضج غشائى وفي الغالب يكون النخاع الشوكى باهتا قليل الدم ويندر  
أن يكون محتمقا مسترخيا ولينا وفي الاحوال المزمنة من هذا الالتهاب  
كثيرا ما يتراكم في القناة الفقرية نضج مصلى بحيث يظهران أغلب احوال  
الاستسقاء السحائى الشوكى المزمن ناشئ عنه وكذا كرنانه كثير ا ما يوجد  
في الصفات التشريحية في جثة السكارى تكاثفات ونضج أوديمياوى  
في أغشية الدماغ وينسب ذلك لتغير التهابى من فيها فكذلك نقول ان  
تجمع كمية عظيمة من السائل المصلى في المسافات تحت العنكبوتية الشوكية

ينسب لاضطرابات التهامية في الاغشية الفقرية متى لم تكن ظاهرة من  
ظواهر الاستسقاء العمومي أو تابعة لضور الخنازير الشوكي ومع ذلك يفسر  
علمنا من حالة توتر الام الجسافية الشوكية قبل شقها ومن كمية السائل  
المنصب بعده معرفة كمية المواد المصلية المتجمعة في المسافات تحت  
العنكبوتية أهي متزايدة أم لا وكما كان السائل المصلي الخارج أكثر  
تعاكروا وتلون بلون الدم كان الاقرب للعقل نسبة ذلك الى الاتهاب الصحائ  
الشوكي المزمن

\* (الاعراض والسير) \*

التهاب الام الجسافية الشوكية لا يكون مصحوبا بظواهر مرضية واصفة  
كثيرة الوضوح الا نادرا ما لم يؤد الى تنقب في السحايا الشوكية وانسكاب  
القيح المتجمع في المسافات تحت العنكبوتية الشوكية واحداث التهاب منتشر  
في الخنازير الشوكي بالتمعية لذلك فانه لا يكاد يمكن بت الحكم عند تشكي  
المرضى المصابين بأفات جرحية في العمود الفقري أو توسسات فيه بالام في  
الظهر بان هذه الآلام هل هي ناشئة عن التهاب الام الجسافية الشوكية أو  
عن التهاب العظام أو الاربطة الفقرية

وكذا الظواهر المرضية للتهاب العنكبوتي المزمن الذي يتكون عنه  
الصفيجات الغضروفية السابق ذكرها غير واضحة بالكلية

وأما التهاب الام المنوية الحادة فيكون مصحوبا بظواهر تهيج شديدة في مجوع  
أعصاب الخنازير الشوكي يعقبها ظواهر شلل وبهذه الاعراض وتعاقبها  
لبعضها يعرف هذا الاتهاب معرفة تامة فان المرضى بعد ان تحس بقشعريرة  
تتشكي بالام شديدة في الظهر مع تمادى الاعراض الحمية واستمرارها  
وهذه الآلام ترتقي وتشتد بادنى حركة وبالضغط على العمود الفقري وتصير  
غير مطاوعة وينضم لهذه الآلام الاطراف وكل من الآلام الظهرية  
والدايرية التي تشكي بها المرضى توجه بالتهيج الذي يعتمري الاعصاب  
الجسافية داخل القناة الفقرية عقب التهاب انغمدها وكذا من الظواهر  
اللازمة لهذا المرض الانقباضات العضلية المستمرة في عضلات الخدع  
والاطراف وبذلك ينشأ التيمنوس الخنفي وانقباض الاطراف انقباضا

شديدا وهذه الانقباضات الدائمة التي يمكن احداثها بالصناعة في بعض  
 الحيوانات كما هو معلوم بواسطة التيار الكهربي قد يحصل فيها انحطاط  
 تارة وثوران تارة أخرى والثوران في هذا المرض يحصل بواسطة تحريك  
 العمود الفقري لاعتقاب تخرج جزءا ثرى من الجسم كافي التيبثوس وهذا ما  
 يثبت ان المشنجات المستمرة الناتجة عن الالتهاب السحائي الشوكي ليست  
 ناتجة عن ثوران الفعل العضلي المنعكس وارتقائه بل هي نتيجة التبريج الذي  
 يعترى الاعصاب المحركة عقب التهاب أغمدتها وهذا الانقباض المستمر  
 التشنجي في عضلات الجسم الذي لا يسمح للريضة بفعل أدنى حركة ولو كان  
 غير منشل يعقب احياها نابوب تشنجية ومتى اشتركت أعضاء التنفس في هذا  
 التشنج التيبثوسي تعذر التنفس وحصل الموت بسرعة بخلاف ما اذا لم تصب  
 عضلات التنفس فانه يحصل تحسين تدريجي في حالة المريض لكن الغالب  
 ان يحصل شلل في النصف السفلي أو ارتفاع في الاعراض الجمية فيهلك المريض  
 اما بامتداد الشلل الى الشخاع المستطيل أو بالتهوكة التي تعقب الظواهر الجمية  
 وأما التهاب الام الحنونية المزمن الذي سنذكر اعراضه عند اعراض  
 الاستسقا الشوكي العارضى ففيه تكون الام الظهر واهمية جدا وربما  
 خفيت وعلى العكس من ذلك يشاهد في ابتداء هذا المرض احساسات مؤلمة  
 في الاطراف واضحة جدا بحيث يخفى هذا المرض و يلبس بالآلام  
 الروماتزمية الدائرية وأهم اعراض هذا الشكل من الالتهاب ظواهر الشلل  
 النصفى السفلى التي تبتدأ من الاطراف السفلى ثم تمتد الى المشانة والمستقيم  
 ثم الى الاطراف العليا وهذا الشلل يكون في الابتداء غير تام ثم يرتقى الى  
 شلل تام في النصف السفلي ويحجبه احساس بتقل وخدر في الاطراف السفلى  
 وهي ظاهرة تسبق فقد الحساسة وشلها الذي يندر أن يرتقى الى درجة نامية  
 و ثم أحوال من هذا القبيل من ايتهم نصف الشلل السفلى في زمن قليل جدا  
 ويكون مسبوقا بحساسات مؤلمة في الاطراف تعتبر زوماتزمية بحيث ان  
 الشلل يصير تاما احياها في ظرف أيام قلائل (وهذا هو المعروف بالاستسقا  
 الشوكي الروماتزمي) والشلل حينئذ اما أن يبقى على الدرجة الاولى  
 التي ارتقى اليها أو يتناقص قليلا وفي أحوال أخرى يرتقى الشلل النصفى

السفلى ببطء ارتقاء تدريجياً بكيفية خفيفة وفي هذه الاحوال يكون العشم  
 بحصول التحسين وتناقص الشلل قليلاً جداً ولو انه يظهر من حالة المريض  
 تعاقبات بين الجودة والرداءة وأغلب المصابين بهذا المرض يهاكون بعد  
 زمن اما كثير الطول أو قليلاً له بامتداد الشلل الى الخواص المستطيل  
 وبالغفرنا الموضعية أو بالاتهابات المثانية النزلية ثم ان شلل النصف  
 السفلى زيادة عن كونه يحصل في أحوال الاتهاب السحائي الشوكى المزمن  
 يصحب غير هذا المرض من أمراض الخواص الشوكى وأما مشى المريض  
 فليس واصفاً لشكل هذا المرض بل لا يختلف عن شكل شلل النصف السفلى  
 في غير هذا المرض من أمراض الخواص فان القول بان ظواهر الشلل  
 الناشئة عن تجرع مع سائل في القنطرة الفقرية تتزايد عند وقوف المريض  
 وتتناقص حال استلقاءه على الفراش بسبب توزع السائل توزعاً  
 مستوياً يبنى على نظريات لامشاهدات أكيدة فالذى يرتكبن اليه في تمييز  
 الاتهاب السحائي المزمن والاستسقاء الشوكى العارضى عن غيره من أمراض  
 الخواص الشوكى ظواهر التبرجس والاحساسات المؤلمة في الاطراف التي  
 تسبق الشلل وامتداد هذا الشلل من أسفل الى أعلا بالتدريج فان سير  
 الشلل بهذه المثابة لا يوجد اذا كانت اصابة الخواص الشوكى في يورات  
 منزلة وبالخصوص يعتمد في هذا الامر على السير المختلف في هذا المرض  
 بوجود ثوران والنحطاط فيه لا يوجد عند حصول تغيرات مفسدة للخواص  
 الشوكى

\* (المعالجة) \*

الاتهاب السحائي الشوكى الحاد يستدعى معالجة مضافة للاتهاب قوية  
 جداً لاسيما ارسال العلق ووضع المحاجم التشريطية على جانبي العمود  
 الفقري واذا كان ينبوع هذا المرض اصابة جرحية ينبغي استعمال التبريد  
 القوي على الظهر بواسطة مائة مائة بالجليد أو الرافيد الجليدية مع  
 التكرار وفي الاحوال الحديثة جداً الامناع من استعمال ذلك بالمرهم  
 الزبيني وتعاطى الزبيق الحلو من الباطن وعند ما تكون آلام الظهر  
 والانقباض العضلي شديدين جداً يستعمل الحقن تحت الجلد بالمورفين

وعند انتهاء الدور الاول من هذا المرض واستتالة مدته ينبغي وضع  
المحولات المنقطة الطيارة على جانبي العمود الفقري بان يبتدئ بها من أعلا  
الرقفاويكرر وضعها على الظهر حتى يصل الى القسم العجزى ثم يبتدأ بها ثانيا  
من الاعلا والظاهر ان المحولات المنقطة أقوى تأثيرا في هذا المرض من  
المقص والمحاور التي يفضل استعمالها في أمراض العمود الفقري بل وفي  
أحوال التهاب النخاع الشوكي نفسه القاصرة على بورات متعددة مع اعطاء  
بودورالبوتاسيوم من الباطن ومن الجيد في الاحوال المزمنة من هذا  
المرض استعمال الحمامات التشلشلية بالماء البارد أو الصب لاسيما المداومة  
على الحمامات الفاترة البسيطة أو القلوية أو الحديدية أو بالمياه الامية  
أو الكبريتية وفي الانتهاء يجوز استعمال السكر بائبة وشهرة هذه الواسطة  
العلاجية في أشكال شلل النصف السفلي مبنية بالاكثر على منفعتها  
في أحوال التهاب السحايا الشوكي المزمن ولقائه

\*(المبحث الرابع)\*

في التهاب النخاع الشوكي

ستتكام في هذا المبحث ايضا على اين النخاع الشوكي وتبينه فان كلام  
هاتين الاستحقاقين المرضيتين يعتبر الى وقتنا هذا انتهاء لالتهاب النخاع  
أو شلال منه (يقطع النظر عن اين هذا العضو الذي ينتج عن انسكابات  
دموية أو ارتشاح أو ذيماوى فيه)

\*( كيفية الظهور والاسباب)\*

التهاب النخاع الشوكي يؤدي لتغيرات جوهرية مشابهة لما يحصل في الدماغ  
من الالتهاب فانه في هذا الالتهاب لا يتكون نضج غزير بين خلايا جوهر هذا  
العضو بل ان أجزائه العصبية تكابد اضطرابات غذائية التهاية ثم تتلاشى  
وتفسد بالسكوية كما تفسد وتتلاشى الخلايا والايصاف العصبية في الدماغ  
عند التهابه

ثم ان التهاب جوهر النخاع يعتبر مرضا نادرا يقطع النظر عن الاحوال التي  
فيها يمتد الالتهاب من الفقرات الى النخاع نفسه وهو أمر كثير الحصول فان  
أغلب شلل النصف السفلي من الجسم الذي يشاهد في سير التهابات القناة

الفقرية وتقوساتها ليس نتيجة الضغط الواقع على الخناج الشوكي من تقوس العمود الفقري وانحنائه بل نتيجة امتداد التهاب من العمود الفقري الى السحايا الشوكية ومنها الى الخناج الشوكي نفسه والذي يؤدي ما ذكرناه المشاهدات التي ثبتت كثرة وجود الشلل في أحوال التهابات العمود الفقري قبل حصول تقوس وانحناء فيه والتي ثبت فيها عكس ذلك وهو انه كثيرا ما يوجد تقوس وانحناء واضحا في هذا العمود بدون ظواهر الشلل وبعد استمرارها سنين عديدة يتضاعف هذا التقوس بدون ازيد دفعة واحدة أو عقب حصول آلام شديدة في الظهر فهذا يدل على ان حصول الشلل في مثل هذه الاحوال نتيجة امتداد التهاب الى الخناج الشوكي وليس من الضغط الواقع عليه بتقوس العمود الفقري وأقل من التهاب العمود الفقري انتاجا لالتهاب الخناج الشوكي الاصابات الجر حمية للعمود الفقري ورضه والتولدات العظمية الزهرية واحيانا يظهر هذا التهاب حول التولدات المرضية الجديدة أو البورات الدموية التي تحصل في القناة الفقرية

وبالجملة فانه يعد من أسباب التهاب الخناج الشوكي الافراط في الجماع والتعب المفرط وتأثير البرد على الجسم وانقطاع افراز عرق القدمين فجأة وان لم يتحقق في مثل هذه الاحوال ان هذا التهاب نتيجة الاسباب المذكورة أو غيرها من الاسباب المجهولة وانما يقال عند شلل النصف السفلي الناتج عن أسباب غير واضحة ان المريض أفرط في الجماع أو التعب الشاق أو عدم جودة المعيشة

\* (الصفات التشريحية) \*

قد يكون التهاب الخناج الشوكي قاصرا على بعض بورات وحينئذ يمتد من الجوهر السنجابي ويمتد حتى يعم جميع سمك الخناج وقد يمتد من الجوهر السنجابي أيضا على شكل ابن مسكري ويمتد امتدادا عظيما لكن بدران يعم الجوهر الابيض من هذا العضو وفي ابتداء الاحوال المذكورة اعني عندما يكون التهاب قاصرا على بعض بورات يكون الخناج منتفخا وعند شقه يسيل منه مادة سميكية رخوة قليلا أو



كثير الحجر اللون (ويسمى اللين الاحمر) وعند استمرار هذه الحالة زمنا طويلا يتقلب لون هذه المادة الى السمرة أو الاصفرار بسبب تغير المادة الملوثة بالدم - وصول استحالة شحمية في الاجزاء العصبية المنفسدة (ويسمى حينئذ اللين الاصفر) ومن النادر استحالة البورة الاتهابية في النخاع الشوكي الى بورة تيجية عقب تكوين أخلية تيجية فيها كما يكون ذلك بكثرة في الدماغ والغالب ان تكون السحايا الشوكية مشتركة في الاتهاب ويمكن ان يحصل من تلاشي الاجزاء العصبية المنفسدة وامتصاصها في أثناء سير التهاب النخاع المحدود تكون كيس ممتلئ بمادة صلبة ومحاط بمسوح خلوي رقيق واحيانا يحصل تيبس في هذا العضو عقب غزو وتكون الياف خلوية جديدة وهذا التيبس يكون شاعلا لبعض اصفار النخاع فتكون متجذبة يابسة متلوثة بالاصفرار عقب رسوب مواد ملونة مصفرة فيها وهذه الاجزاء المتيبسة تشابه الاطخ المصفرة المتيبسة التي ذكرنا انها تختلف الاتهاب الدماغى الدائرى المحدود

وفي الشكل الثانى من هذا الاتهاب اعنى اللين المركزى يكون النخاع الشوكى قليل الانتفاخ وعند شدة وجود الحد الفاصل بين الجوهر السحجائى والابيض من هذا العضو غير واضح ولون جوهره داكنا كعجرات قوامه متناقصا وعند ما يزن هذا المرض سيما في الاحوال الواضحة يكون النخاع الشوكى كثير الانتفاخ وفي مركزه مادة عجيبة مائلة للحمرة أو اللون الصدائى أو الاصفر وفي هذا الشكل ايضا يمكن ان تمتص الاجزاء العصبية المنفسدة ويحل محلها سائل ينسكب بحيث يكون في مركز النخاع مسافة خالية ممتلئة بهذا السائل ومحاطة بمسوح خلوي رقيق جدا

### الاعراض والسير

حيث ان الاتهاب النخاعى الحاد يصطب على الدوام بالاتهاب السحجائى الشوكى فلا بد وان يكون هذا المرض مصحوبا بالظواهر المرضية للاتهاب السحجائى الشوكى التي تكلمنا عليها في المبحث السابق ومن اعتمار بعض التنوعات فقط في اعراض المرض يمكن الحكم بان نفس النخاع الشوكى ملتهب ايضا مع السحايا فيوجد في ابتداءه هذا المرض الذي يكون مصحوبا

بظواهر جمة وآلام كثيرة الشدة أو قبلتها في الظهر والاطراف  
وانقباضات تشنجية في عضلات الظهر والعنق مع انقباضات في عضلات  
الاطراف تتعاقب بنوب تشنجية فيها وعسر عظيم في التنفس في الاحوال  
التي تشترك فيها عضلات الصدر في الانقباض التشنجي وكما كانت  
آلام الظهر محدودة في صفر مخصوص وكانت الآلام الدائرية أكثر  
وضوحا والتشنجات شاغلة لبعض الاجزا الناشئة اعصابها من اجزاء علوية  
من النخاع وكان شلل النصف السفلي متقدما الحصول واعقب ظواهر التهيج  
بسرعة يمكن القول بان النخاع الشوكي هو المتهب وفي بعض احوال هذا  
المرض الخبيث يمكن ان ترتقي هذه الظواهر في أقرب وقت الى درجة عظيمة  
جددا بحيث يهلك المريض في أيام أو اقل الاصابة عقب اضطراب التنفس  
والدورة وقد يحصل في بعض الاحوال تلطيف في الظواهر المرضية المذكورة  
غير أنه يعقبها شلل في النصف السفلي غير قابل للشفاء والاحوال المرضية التي  
يكون سيرها بهذه المثابة نادرة الحصول ويكاد منشأها يكون على الدوام ناجما  
عن اصابات جرحية أو خراجات انفجحت في القناة الفقرية

وكذا التهاب النخاع الشوكي المزمن يسبق بظواهر تهيج اسكن حيث كان  
اشترك المعهايا في هذا الالتهاب المزمن البطيء السير قليلا غير ممتد فقط واهر  
التهيج المذكورة تقتصر في الغالب على آلام غير قارة واحساس بتنمل في  
الاطراف وانقباضات عضلية مؤلمة وقيمة ومع ذلك فالمرضى يشكون في  
كثير من الاحوال بالأمه في جزء العمود الفقري الموازي للصفرة المتهب من  
النخاع وهذا الألم يتزايد بالضغط على النتوءات الشوكية لا بجرعات العمود  
الفقري وهذا أمر مهم في التشخيص التمييزي بين التهاب النخاع الشوكي  
والتهاب الشوكية واحيانا ينضم لهذا الألم احساس بمنطقة صلبة محيطية  
بالجذع وفي احوال أخرى قد يفقد الألم الذاتي لكن الفقرات تكون شديدة  
الحساسية عند الضغط عليها وعند مس الظهر بأسفنجية منعسة في الماء  
الحار يشاهد ان الجزء المصاب بالالتهاب كثير الحساسية دون غيره من باقي  
الاجزا وينضم لهذه الاعراض التي لا يرتكن اليها في غالب الاحوال ثقل في  
الاطراف السفلى وكما كان مجلس الالتهاب مصيبا لاجزا أكثر ارتفاعا

من الخجاج كان الشلل أكثر امتدادا فان كان الجزء القطني هو المصاب حصل  
 شلل في الاطراف السفلى وان كان الجزء الظهري هو المصاب اشتركت  
 العضلات العاصرة في الشلل وان كان الجزء العنقي هو المصاب امتد الشلل  
 الى الاطراف العليا والى عضلات الصدر الموازية وشلل النصف السفلي  
 يكون مصحوبا بانستازيا هذه الاجزا أى فقد حساسيتها لكن الغالب ان  
 يكون فقد الحساسية عظيم جدا بحيث لا تتأثر الرضى من المنبهات المهيبة  
 الظاهرة التي تؤثر على النصف السفلي من الجسم وحيث ان حساسية  
 الاطراف السفلى تكون متناقصة فالمرضى لا تحس بارتفاع الارض التي  
 يمشون عليها ولا تخفاضها ولذا انهم عند المشي يرفعون أطرافهم السفلى  
 الى أعلا خوفا من العثرة والسقوط وعند تعميم اعيينهم لا يمكنهم المشي  
 بالكفاية بل عند وقوعهم يهتزون ثم يسقطون على الارض ما لم يرتكبوها على  
 شئ وحيث لم تكن عضلاتهم طوع قدرتهم تجدهم لا يضعون أقدامهم على  
 الاصغار المرادة لهم بل يجوارها وحيث لم تكن لهم قوة ارادية في عضلاتهم  
 حسب ما يشاؤون فلا يمكنهم ان يتركوها تسترخى يدهم ولذا لا يضعون اقدامهم  
 حال المشي مع السكون والتنميدة بل تسقط فجأة بعد دفعها بالقهر عنهم فلذا  
 ترى مشى الاشخاص المصابين بشلل النصف السفلى مترابدا بدون طوع  
 والاختيار

ومع ارتقا هذا الشلل وفقد الحساسية بالتدريج الى أن يصل الى درجة  
 عظيمة جدا تحصل احيانا انقباضات تشنجية مؤلمة في العضلات المنشلة زمننا  
 فزمننا وهذه الظاهرة توجه بسهولة بامتداد التبرج الاتهابي الى الاعصاب  
 المحركة المتوزعة في الاطراف السفلى ولوا نقطع اتصالها بالالياف العصبية  
 المركزية وفي الاحوال التي يكون فيها اتصال الاعصاب المحركة بالالياف  
 العصبية المركزية متقطعا بالكفاية بحيث لا يمكن احداث انقباضات عضلية  
 حسب الارادة لا يفقد انتقال التنبيه من الالياف العصبية الحساسة الى  
 الالياف العصبية المحركة حتى يتعسر او يتعذر حصول الانقباضات  
 العضلية المنعكسة بل بعكس ذلك يشاهد ان التنبيه المنعكس في الاجزا  
 الكائنة أسفل محل انقطاع التيمار العصبى الارادى يكون مسترايدا

لا متناقضا وهذه المشاهدات المرضية تطابق بالكلية التجارب الفسيولوجية  
اذ من المعلوم ان ظواهر الانعكاس تحصل في الحيوانات التي يقطع رأسها  
بكيفية سهلة دون الحيوانات التي لم تزال اعصابها المحركة تحت الارادة فقد  
شوهت في بعض الاحوال أنه مع وجود شلل تام في النصف السفلي عقب  
التهاب في العمود الفقري تحصل حركات انعكاسية واضحة في الاجزا المنشلة  
باقل ملاسة تقع على جلد الاطراف السفلي في أى صفر كان بحيث يحمل  
عند هذه الملاسة انقباضات عضلية تشنجية ومن الغريب ان ازدياد الفعل  
المنعكس في مثل هذه الاحوال يتناقض أو يزول بالكلية عند حصول تحسين  
في الشلل أو شفاؤه بحيث يعود تأثير الارادة على الاعصاب المحركة  
للأطراف السفلي ثانيا وسير الالتهاب النخاعي المزمن وانتهائه يختلفان  
اختلافا تاما فقد يستمر هذا المرض مدة سنين ومن المشاهد بكثرة انه يرتقى الى  
درجة تامة يحصل فيه تقدم نحو الجودة أو الردأة ومن المرضى من يمضي حياته  
مع شلل النصف السفلي مباشر الاشغاله خصوصا بعض العلماء أو الشعاعين  
باشغال تخصص اليدين بدون التفات الى حالة الشلل والاحوال التي ذكر فيها  
تحسين الشلل أو شفاؤه تنسب كما ذكرنا للالتهاب السحائي الشوكي للالتهاب  
النخاع نفسه حيث انه لا يقرب للعقل ان الاجزا العصبية المنفسدة في امتداد  
عظيم تستعاض ثانيا والالتهاب بالشفافي الجروح القطعية للاعصاب لا ينافي  
ذلك والالتهاب بالموت هو الاكثر حصولا في الالتهاب النخاعي المزمن بعد  
تصادى المريض على الفراش زمانا طويلا وهذا الالتهاب يحصل بالغمر ينشأ  
الوضعية أو بالالتهاب المثاني الذي ينشأ من احتباس البول ان لم تملك المرضى  
قبل ذلك بالدرن الرثوى أو بامراض طارئة أخرى

### المعالجة

في الاحوال المرضية الحديثة متى استبدل بالاعراض الحمية وآلام الظهر  
والالام الدائرية وغيرها من ظواهر التبرج على ان التغيير الالتهابي في النخاع  
موجود يوصى باستعمال المعالجة المضادة للالتهاب القوية بواسطة  
الاستفرغانات الدموية الموضعية المتكررة والوضع المسمر للثلاثة الجليدية على  
العمود الفقري مع حفظ الراحة التامة وكذا الوضع المتكرر لجهاز المحجم

الفخذي لفيسينوس على أحد الاطراف السفلى قديبكون ناجحاً فيما اذا  
استمرت الالام عقب الاستفرغات المذكورة ثم يحصل فيها تناقص عقب  
وضع هذا الجهاز وكذا استعمال المركبات الزئبقية كالزئبق الحلو ولا سيما  
الدلك بالمرهم الزئبقي المسترحى يحصل التهاب قديب يحصل منه عـلى فائدة  
عظيمة في الالتهاب النخاعي الشوكي الحاد كما يحصل في غير هذا الالتهاب  
من الالتهابات المهمة وذكر برونسكار دان استعمال كل من الاتروبين وست  
الحسن نافع وذلك لانهم ايجدان تناقصاً في الاحتمقان بسبب تأثيرها المحدث  
لانكماش في الاعوية لكن لم يتأيد ذلك بتجارب غير من الاطباء ولا ينبغي  
الاهمال في استعمال المحولات على القناة المعوية

وعند تقدم سير هذا المرض أوفى ابتداءه ان كان كامناً بطيئاً لا تتم  
الاستفرغات الدموية ولا المهيجات على قسم الظهر المريض كالحرار يق  
والدلك بالمرهم المنفطة حتى يحصل الطفح بل تستعمل الوسائط المدوحة  
سابقاً وهي المقص والحديد المحمي والخزام التي قل استعمالها في وقتنا هذا  
وذلك لانها عند الشك في نجاحها تكون مؤاثة للمريض جداً لکن ينبغي  
الالتفات لانتخاب محل وضعها خصوصاً عند مثل هؤلاء المرضى المجهورين  
على الوضع المستلقي على الظهر بسبب الشلل وذلك لسهولة حصول  
الغفر بينا الوضعية عندهم وبعدها انتهاء المعالجة المضادة للالتهاب يمكن  
بصد سرعة الامتصاص استعمال بودور البوتاسيوم مدة أسبوع بل ومن  
الجائز تكرار استعماله لکن من المعلوم انه قليل الجدوى في الالتهاب  
النخاعي وكثيراً ما في التهاب السحايا النخاعية

وعند ما يحكم من استمرار الظواهر المرضية على حالة واحدة بان دور  
الالتهاب قد انتهى يجب الانتقال لاستعمال معالجة منبهة قوية بقصد  
انتعاش وظائف النخاع التي نجت وانحطت والكهر بائية التي هي المؤثر  
القوي في معالجة الشلل كما هو المعلوم لم تكن تستعمل سابقاً الا في الادوار  
المتأخرة فانه يجئ من استعمالها في اثناء دور الالتهاب من ازدياد التهيج  
ولکن في العصر المتقدم قد صار استعمالها بالاقول على صفة التيمار المستمر  
في الاشهر الاولى من هذا المرض متى كان الالتهاب ذا سير من من الابداء

بل ونسب لها في مثل هذه الاحوال تأثيره ضاد لالتهاب ومثل التجربة  
 بالمعالجة الكهر بائية المبادر بها تحتاج لاحتراس عظيم بمعنى ان يستعمل  
 في الابتداء كهر بائية ذات تيار خفيف جدا حتى لا يكاد يدركه المريض  
 الا قليلا ولا يوقف استعمال هذه المعالجة متى ازدادت ظواهر التهييج وفي  
 الادوار المتأخرة لهذا المرض يستعمل لمضاربة الشلل المتخاف عنه  
 تيار كهر بائي قوى صاعدا غير مؤلم كل يوم من دقيقةتين الى خمسة مع  
 الاستمرار على استعماله جملة أشهر اذ قد دلت التجارب على ان التحسين قد  
 يحصل متأخرا جدا بعد قطع العشم من وقوعه فان معظم نجاح المعالجة  
 الكهر بائية واضح في احوال الشلل النخاعي

وأما الاستر يكين الذي كان يستعمل سابقا بكثرة فلا يستعمل الآن مع  
 الكهر بائية التي هي أقوى وأجود تأثيرا منه الا بندرة ويجوز استعماله  
 عقب انطفاء الالتهاب في احوال الشلل المزمن الغير المحسوس بحركات  
 انعكاسية ومن الوسائط المنبهة المستعملة في هذا المرض الحمامات الحارة  
 التي بحرارتها تحدث تأثيرا منبهما من الدائرة للمركز على الاعضاء المركزية  
 بواسطة الاعصاب الجلدية ولذا تستعمل بكثرة في احوال شلل النخاع عقب  
 انتهاء دور الالتهاب مع النجاح وتستعمل اما الحمامات الحارة الاعتيادية  
 في الحياض ولا سيما المياح الحارة الطبيعية كما قد باد وتيملتس وجاستين  
 ورجاتس ونحو ذلك وفي الاحوال التي فيها قابلية التنبيه قليلة تستعمل  
 المياح المحمية القلوية الفاترة كاريه ونوهين بل والحمامات العظريية وعند  
 ما توجد الانيميا وضعف التغذية ينبغي استعمال الغذاء المتقوى والهواء  
 الجيد والكيما والحديدوزيت كبدايات فانها تساعد في المعالجة ومن  
 الجيد كذلك تمرير العضلات الضعيفة بتجريك الاطراف والوقوف والمشي  
 أو بالتيار الكهر بائي المتقطع عندما يكون الشلل تاما لكن المبادر  
 باستعمال ذلك في الالتهاب النخاعي الحاد كما ثبت ذلك بمشاهدات المالم لايدن  
 مضر وفي معالجة المرضى المصابة بمرض في النخاع ينبغي الاجتهاد في تجنب  
 حصول الغنغرينا الوضعية والالتهقات لشلل المثانة وتلطيف الآلام  
 الدائرية والتشنجات العضلية بواسطة المسكنات والحقن تحت الجلد بالمورفين

## المبحث الخامس

(في التولدات المرضية الجديدة)  
(والطفيلية للنجاع الشوكي ولغائفه)

التولدات المرضية الجديدة يندرج وجودها في القناة الفقرية بقطع النظر  
عن الصفائح الغضروفية والعظمية من العنكبوتية الشوكية التي سبق  
الكلام عليها. اما التولدات السرطانية التي يكون منسوجها نخاعيا فطريا  
فهي اما ان تحصل حصولا اوليا في النجاع الشوكي أو الام الجافية أو انها تنشأ  
من الفقرات وتمتد الى النجاع ولغائفه وعند نمو هذه التولدات الخبيثة تنمو  
عظيما تكاد تملأ القناة الفقرية عقب ضمور النجاع من الضغط الواقع  
عليه أو استحالته الى مادة سرطانية وقد تبرز الى الظاهر وتصل الى تحت  
الجلد به. فساد الفقرات وتلاشيها - وأما الاورام اللحمية والدهنية  
والليفية والعصبية فلم تشاهد في القناة الفقرية الا في أحوال نادرة جدا  
ومنشأوها يكون من الام الجافية وتكاد لا تصل الى حجم مطلقا - وأما  
الاورام الصغوية الزهرية فهي كاورام الدماغ الصغوية الزهرية فقد تصاحب  
الداء الزهري البني وأما الدرن فلا يشاهد في النجاع الا عند تقدمه في غير  
هذا العضو من باقي الاعضاء ويكون على شكل عقد مصفرة من حجم البسلة  
الى حجم الفندقة ويجلسه غالباً الجزء العنقي من النجاع الشوكي أو الجزء  
الفقرى منه وأكثر من ذلك مشاهدة الاستحالة الدرنية في الام الجافية على  
شكل الارتشاح الدرني مصاحباً لتدور في الفقرات وأما الاورام  
الحويصلية والايكينية كوكية فلم تشاهد في القناة الفقرية الا نادراً وهي اما  
ان تتكون بين اللغائف الشوكية أو يجوار العمود الفقري فتتمتبه وتنفذ  
في القناة الفقرية بعد تمسك الفقرات وتلاشي قنواتها

ثم ان أورام القناة الفقرية متى عظم حجمها تحدث انقطاعاً في التواصل  
العصبي بين المخ والاعصاب الدائرية ولذا ينتج عنها شلل النصف السفلي  
وقد حساسية الاجزاء الكائنة أسفل مجلسها وكل من الشلل وفقد  
الحساسية يسبق بظواهر تهيج تارة خفيفة وتارة شديدة وذلك بحسب كونها  
تحدث امامها في النجاع بالضغط عليه أو تهيجه فتحدث تغيرات التهابية

في الاجزاء الكائنة حوله واختلاف مجلس هذه التولدات المرضية الجديدة  
 ينتج عنه اختلاف في الاعراض بالنسبة لامتدادها وكون التولدات المرضية  
 الجديدة في النخاع الشوكي لا تصطبغ غالباً بالام شديدة في الظهر وبمعكس  
 ذلك يكثر اصطحابها بالام عصبية في الاطراف تسبق الشلل وكون هذا  
 الشلل يظهر غالباً في أحد الاطراف ثم يمتد بالتدريج الى الطرف الثاني  
 مما لا يرتكن اليه ولا يعتبر في التشخيص التمييزي بين أورام النخاع والتهابه  
 المزمن وانما في الاحوال التي فيها يمتد السرطان من النخاع الشوكي الى  
 الظاهر يكون التشخيص أكيداً وكذا ظهور السرطان أو الدرر أو  
 التولدات الطفيلية في غير النخاع من الاعضاء يجوز الظن بوجود اورام  
 مماثلة لها تكونت في القناة الفقرية ونتح عنها بالتدريج شلل النصف السفلي  
 في الحالة الراهنة ولا سيما يعتبر ذلك ولا بد في الداء الزهري البني بالنسبة  
 لتشخيص الاورام الزهرية الصمغية للنخاع وفي معالجة أورام النخاع  
 لا يتحصل على فائدة من استعمال المحللات بالنسبة للتولدات الجديدة وانما  
 يمكن الحصول على نوع فائدة بالنسبة للكائنات التي تحصل في مصحايها  
 النخاع الشوكي عقب التهابات المزمنة بواسطة المهيجات الجلدية الشديدة  
 واستعمال يودور البوتاسيوم من الباطن أو اليودا مع الطيبعية المحتوية  
 على اليودا والينايه مع الفاترة البسيطة أو المخيسة أو القلوية وفي أحوال  
 الاورام الزهرية الصمغية للنخاع ونحوها يمكن الحصول على فائدة  
 عظيمة باستعمال المعالجة النوعية المضادة للداء الزهري وفي الاورام  
 الايكنوكوكية التي تظهر في قناة النخاع الى الخارج قد تستعمل معالجة  
 جراحية بل زعم بعضهم انه من الجائز اذا كان الورم ذا وضع جيد (اعنى على  
 السطح الخافي من النخاع خارجاً عن الام الجافية) يكرر اجراء عملية نقب  
 القناة الفقرية ونزع الورم بالسلاح ومع ذلك فن النادر أن يتم تشخيص  
 مثل هذه الحالة حتى تفعل هذه العملية بنوع أكيد وبالجملة فكل من  
 الالام الشديدة وشلل المثانة والغنغرينا الوضعية المهددة يحتاج  
 لمعالجة مرضية لا ثقة



## المبحث السادس

(في الاستسقاء النخاعي الخلقى المعروف بداء الحدبة)

للاستسقاء النخاعي الخلقى شكلان باطنى وظاهرى فالاول عبارة عن تجمع سائل مصلى في القناة النخاعية المركزية الجينية وهذا السائل المتجمع يؤدي بطريق الضغط اما الى ظهور النخاع ضهورا تاما حتى يتلاشى ويضمحل بالسكبية ويسمى ذلك (بالأميلى) أى فقد النخاع أو الى انشقاق النخاع انشقاقتاما أو غير تام

وأما الظاهرى فهو عبارة عن تجمع كمية عظيمة من سائل مصلى في المسافة تحت العنكبوتية فى كلاهذين الشكلين يبقى العمود الفقري منطبعا وهذا هو المعروف بالاستسقاء الخلقى المغلق أو انه يوجد انشقاق فى العمود الفقري انشقاقا كثيرا لامتداد أو قليله وهذا ما يسمى بالاستسقاء النخاعي الخلقى المنفتح أرداء الحدبة

ثم انه يوجد فى أحوال داء الحدبة كيس ممتلى بمادة مصلية مغلف بالسحايا الشوكية على مسير العمود الفقري ومستطرق بالقناة الفقرية لوجود مسافة خالية ناتجة عن عدم تكوير قوس فقري أو جلة أقواس فقرية ومجلس هذا الكيس القسم العجزى أو القطنى ويندر وجوده فى القسم الظهري والعنقى ويحميه يكون من الجوزة الى راس الطفل والجلد المغطى له تاره يكون حافظا لاوصافه الطبيعية وتارة ضامر امسترقأ و زائلا بالسكبية فى قمة الورم فيكون الكيس اذا لمعمر ياوتظهر قمته متملحة ويكون مغطى احبانا بقمح وتجببات الجبسة وجدر الكيس نفسه تتكون فى هذه الحالة من العنكبوتية والام الجافية اذا كان داء الحدبة ناتجا عن الاستسقاء الشوكى الظاهرى واحيانا تنشقب الام الجافية فتكون جدر الكيس حينئذ متمكونة من العنكبوتية فقط وأما اذا كان داء الحدبة ناتجا عن الاستسقاء الشوكى الباطنى فالام الحنونية هى التى تكون احدى طبقاته ومحصل الكيس يكون متمكونا من مادة مصلية شبيهة بالسائل الدماغى الشوكى والنخاع الشوكى ينعدم بالسكبية فى أحوال داء الحدبة الناتج عن الاستسقاء الشوكى الباطنى اما بالسكبية أو يكون بالاقل غير تام النمو وأما اذا كان داء الحدبة

ناتجا عن الاستسقاء الفكري الظاهري فقد يكون النخاع الشوكي على حالته  
 الطبيعية وقد يكون غير تام النمو أيضا في مثل هذه الاحوال وكيفية حصول  
 الاستسقاء النخاعي الخلقى وأسبابه مجهولة لنا و يظهر ان تجمع السائل  
 هو التغير الابتدائي وعدم تمام تكون القناة الفقرية هو التغير الثانوي  
 ثم ان اعراض الاستسقاء الفكري المحسوب بدهاء الحدة الجزئية تختصر  
 في العلامات المدرجة التي يتصف بها الكيس المصلي السابق ذكره وأما  
 أحوال الاستسقاء الفكري المضاعفة بعدم نمو النخاع الشوكي وامتداد  
 شق القناة الفقرية فلا تتكلم عايم حيث ان الاطفال في مثل هذه الاحوال  
 تمهلك قبل الولادة أو بعدها حالوا والغالب ان يحس في الورم بتوج واضح  
 ويحس أيضا بجافته العظمية وهذا الورم يعظم حجمه في أثناء حركة الزفير  
 ولا سيما في حالة الصراخ والضحير ويصغر في أثناء الشهيق ويمكن رده  
 احيانا لكنه يحصل للربض حينئذ نوب فقد في الادراك خفيفة أو تشنجات  
 عارة وفي بعض الاحوال يكون الفعل العصبي للاطراف السفلى والمثانة  
 والمستقيم على حالته الطبيعية وفي أحوال أخرى سببها التي يكون نمو الجزء  
 الاسفل من النخاع فيها غير تام أو مفقودا بالكلية تكون الاطراف  
 السفلى والمثانة والمستقيم منسلة وهذا الورم يأخذ عادة عقب الولادة بقليل  
 في الازدياد والتوتر ثم ان اجرار الجلد المغطى له واسترقاقه وانثقابه يحصل  
 في أغلب هذه الاحوال عقب انثقاب الكيس مع حصول تشنجات عومية  
 يعقبها كوما بل ويمهلك معظم الاطفال وان لم ينثقاب الكيس عقب حصول  
 الثنوكة بحيث يندران تصل الاطفال المصابة بدهاء الحدة إلى سن البلوغ  
 أو تتعدى هذا الطور

ولا ينبغي التعرض لفعل ادنى عملية علاجية أو جراحية في الاحوال التي  
 فيها يدل كل من نخافة الاطراف السفلى وشلاها على عدم نمو النخاع وأما  
 في الاحوال الاخرى فينبغي فعل عملية الضغط التدريجي اللطيف على  
 الورم فان لم ينجح ذلك وجب الشروع في عملية داء الحدة المذكورة  
 في كتب الجراحة

## \* المبحث السابع \*

( في السهل النخاعي الشوكي )

( و يعرف باضطراب الحركة التدريجي للعلم دوشيز وبالاستحالة السجائية )  
 ( لاحتمال النخاع الشوكي الخلفية وتيسر العلم ليدن )  
 \* كيفية الظهور والاسباب \*

يوجد على العكس لبعض امراض النخاع التي تنتشر على جميع قطره  
 المستعرض ولو بكيفية غير مستوية امراض اخرى تقتصر بكيفية  
 متفاوتة على اجزاء محددة من قطره المذكور وحينئذ تنشأ صور مرضية  
 واصفة على حسب اختلاف وظائف الاجزاء المصابة من النخاع فيعتبر كل  
 من الضور العضلي التدريجي والشلل النخاعي في الاطفال آفات موضعية  
 لاجزاء مخصوصة من النصف المقدم لقطره المستعرض بخلاف الاصابة  
 المرضية في المرض الذي نحن بصدده

وبالنسبة لاسباب اضطراب الحركة التدريجي قد لا تعرف له اسباب واضحة  
 في كثير من الاحوال ويظن غالباً ان منشاءه في الرجال الافراط من الشهوات  
 التناسلية بل كثير من الاطباء والعوام الى الآن يجزمون بذلك فالمرضى  
 المصابون بهذا الداء يرثي لحالمهم فاتهم مع ثقل مرضهم كثير اماً يفقدون  
 التأسف عايمهم والرجمة لهم حتى من اقرب الناس اليهم ومن الحائزان  
 الافراط من تلك الشهوات كغيره من المؤثرات المنبهة المنهكة كالتيقوس  
 الثقيل والداء الزهري والادمان على السكر وكل من تكرار الولادة  
 والارضاع للنساء يساعد على حصول هذا المرض ولذا كان عند كثرة الافراط  
 من هذه الشهوات التناسلية سيما الموبقة الشهيرة بجلاء عميرة لا يحكم بان  
 هذا المرض نتج حقيقة عن تلك الموبقة الا في احوال استثنائية وخطاء  
 الظن بالمصابين بامراض النخاع الغالب ان منشاءه كون الشهوات  
 التناسلية المنوطة بتأثير النخاع الشوكي اللاواسطي تتزايد في ابتداء  
 هذا المرض ثم تتناقص أو تزول بالكلية فيما بعد فساكن منشأ ذلك وضع  
 النتيجة موضع السبب والظاهر خلاف ذلك فان تأثير البرد الشديد  
 والمساق الجسمية الثقيلة وتعب الاطراف الشاق بالمشي ونحو ذلك يحدث

بلاشك هذا المرض كما يحدث الانتهاب النخاعي سيما عند اجتماعها كما هو  
الواقع في العساكر عند الحرارة والشغل في المياه وما عدا ذلك بشاهد السل  
النخاعي في جميع الطبقات من الجمعية الانسانية على اختلاف البنية ومن  
المعلوم انه لا يندر معرفة السبب المتعم لهذا المرض بالكلية وهذا يدل على ان  
الاستعداد البني غير المعلوم له دخل عظيم في منشأ هذا المرض وقد يوجد  
في بعض الاحوال استعداد واضح يستدل عليه بوجود هذا المرض أو غيره  
من الامراض العصبية المزمنة كالتشنجات الصرعية والخونداريا  
والامراض العقلية في احد عائلة المريض وينبغي الاحتراس من قبول قول  
بعض المرضى بان اقطاع افراز عرق القدمين الاعتيادي هو السبب في  
حصول هذا المرض لهم فان ما ذكر يكون غالباً نتيجة لهذا المرض لا سبباً له  
ولا يوجد عند الاطفال استعداد لهذا المرض فان حصول هذا المرض  
النادر يكون من سن الثلاثين الى الخمسين ثم لا يكاد يوجد والرجال أكثر  
اصابة من النساء

### الصفات التشريحية

في الاحوال الحديثة من هذا المرض لا توجد الا تغيرات تشريحية قليلة  
وقد لا توجد بالكلية وأما الاحوال العتيقة فتكون فيها الاحيلة الخلفية من  
النخاع الشوكي متضايقة جداً وواضحة وذات هيئة سنجابية شفاقة قليلاً  
وقوامها صلب (وتسمى بالاستحالة السنجابية أو التيبس السنجابي للاحيلة  
الخلفية النخاعية الشوكية) ويكون الجزء المريض ذا شكل اسفيني قاعدته  
الى الخلف نحو الاطم الخنونة وتكون متفاوتة العرض وفي المحل الملامسة فيه  
الاحيلة الخلفية المريرة للسحايا تكون هذه الاغشية ملتهبة متسكافة  
ملتصقة بالنخاع وبذا يستدل من هذه المتحصلات الانتهاية السنجابية على  
ان التغير المرضي في النخاع نفسه من طبيعة تهبجية التهابية مزمنة وليس  
مجرد ضرر وبالبحث الميكروسكوبي يتضح وجود ضخامة في الاغشية  
العصبية واستحالتها الى منسوج خلوي رقيق وأما الالياف العصبية التي  
بينها فتكون مسترقة ولها ضامرا حتى اسطواناتها المركزية يور بما كان  
هذا اللاب مة وددا بالكلية فتحل محلها مادة دهنية حبيبية دقيقة وجسيمات

نشوية وقد اختلفت الاراء في كون المرض الاصلى ناشئاً من الاغدة  
العصبية أو من الالياف نفسها لكن وجود التغير المرضي قاصر في الغالب  
على الاحبلة الخلفية يؤيد القول الثاني كما قاله شركو والاعوية الدموية  
تكون احيانا غير متغيرة وتارة تكون طبقة الظاهرة متمسكة مكابدة  
للاستحالة الشحمية وقطرها متضايقة أو منسدًا بالكلية

وعلى مقتضى تجارب كل من المعلم شركو وبييرى لا يكون المصاب مطاق  
أجزاء من الاحبلة الخلفية للتخاع الشوكي بل أجزاء محدودة معينة وبذلك  
تمشأ الصورة المرضية لاضطراب الحركة التدريجي وهذه الاضغفار ليست  
هي الاجزاء الاسفينية المركزية من الاحبلة الخلفية المسماة بأحبلة جول  
وان كانت تكاد تصاحب على الدوام بل توجد على رأى هذين المعلمين في  
شريطين جانبيين دقيقين سنجابيين تتحد اتحاداً شريحياً مع امتداد الالياف  
العصبية النخاعية الباطنة للجدوع الخلفية المبر عنها تبعاً لكونها كبر  
بالالياف الانسية للجدوع النخاعية فتمس هذين الشريطين من الاحبلة  
الخلفية هو التغير التشريحي الوحيد الملازم لاضطراب الحركة التدريجي  
بخلاف تيمس الاجزاء الاسفينية فلا يترتب عليه حصول هذا المرض

ثم ان التغير التيمسي الذي نحن بصدده قديمة قدم الاحبلة الخلفية الى  
أجزاء أخرى فكثيراً ما توجد الجدوع العصبية الخلفية متمسكة ضامرة بل  
واعصاب مختلفة كالعصب الوركي والفخذى والعضدى ولا سيما بعض  
الاعصاب الدماغية كالبعصرى والمحرك للقلبة والمخزى وتحت اللسان وفضلاً  
عن ذلك فقد يمتد التغير المرضي عن حدوده الاصلية نحو الظاهر الى  
القرن الخلفية من الجوهر السنجابي والى الاحبلة الجانبية بل والى الامام  
نحو أخلية القرن المقدمة السنجابية ويتضح من ذلك أنه في مثل هذه  
الاحوال لا بد وان ينضم الى الاعراض الاصلية لسبب النخاعي اعراض  
مضاعفة على حسب وظائف الاجزاء المصابة ثم ان التغير المرضي قد يمتدى  
باصفار معلومة من النخاع ثم يمتدى في الغالب على حسب المحور الطولى  
لهذا العضو لكنه يمتدى عادة بالقسم الشوكي القطني ثم يصعد منه  
الى الشريطين الجانبيين من الاحبلة الخلفية الى النخاع العميق الى بعض

أعصاب الدماغ كما ذكرنا بل قد يشترك معه الدماغ نفسه في الإصابة المرضية كما يدل على ذلك وجود اضطرابات عقلية مع صفة الخمود ومن الجائز عكس ذلك أعني ان إصابة الدماغ الأولية قد تعقبها إصابة النخاع الشوكي فقد يرهن (وستفال) على أن الشلل التدريجي الجنوني قد تصاب فيه الاجيلة الخلفية من النخاع بالتيبس

### ب) الاعراض والسير

يعترض على المعلم دوشين ولا بد حديث لم يعرف اشغال رومبيرج وتجاربه عندما نشر رسالة في اضطراب الحركة التدريجي من جهة ومن جهة أخرى نعترف له بالفضل لكونه فحس عن هذا المرض بغاية الدقة فنشأ من ذلك الرأي العمومي المقبول المنتشر الان الفائل بان المهم في هذا المرض ليس الشلل في الحقيقة بل اضطراب الحركة العضلية وعدم توافقها وفي الدور الاول من هذا المرض تكون الالام العصبية والثورات الحية الاعراض الوحيدة مدة طويلة من الزمن فالالام العصبية منشأؤها التهييج الانتهاج للجذوع الخلفية وامتداداتها نحو الجواهر السنجابي ويندر أن تبدأ بالاطراف العليا بل الغالب ظهورها في الاطراف السفلى والقدمين وكثيرا ما تنضح في احدى الجهتين أكثر من الاخرى وتارة تكون عبارة عن احساس بتنمل أو الالام ممزقة أو جاذبة أو اخزة وتارة وهو الغالب تكون عبارة عن وخز كهربائي وقد اعتبر شاركو ان هذا الاحساس الكهربائي الذي يحصل على شكل نوب تتردد بعد فترات اسبوعية أو شهرية ونستمددة الليل علامة واصفة لاصابة الشريطين الجانبيين من الاجيلة الخلفية للنخاع الشوكي اللذين هما المجلس الحقيقي لهذا المرض ومن المعلوم ان هذه الالام الصاعقية تشاهد في غير هذا المرض من امراض النخاع الشوكي لاسيما في التهابه الاعتيادي فهي تثبت في مثل هذه الاحوال ان الشريطين المذكورين مصابان مع النخاع ايضا ومن النادر جدا فقد هذه الالام الصاعقية في المرض الذي نحن بصدده فقد استمر ان الدور الاول من هذا المرض المميز بالالام فقط مختلف المدة فقد يستمر بجملة اعوام بل في الاحوال التي فيها لا يتم اتضاحه قد لا تظهر اعراضه الواصفة

بعد ذلك بالسكينة وأما عند تقدم سيره فالالام الدائرة تمتد وتعتبر في الابتدا  
 الامار وما تزمية أو الاماعصبية محضة كعرق الذسا وغيره فتصعد من الاطراف  
 الى اجزا من الجسم اعلا منها بحسب تقدم المرض في النخاع فيظهر الاحساس  
 بضيق مؤلم في الجذع (أى الاحساس المنطقي) واحيانا تحصل انقباضات  
 مؤلمة في المستقيم والمثانة محبوبة بزحير مستقيمي أو مثاني أو يدفق المريض مع  
 الالتذاذ أو الانتصاب غير التمام سائلا منويا أو افرازا صافيا أتيامن  
 البروستة او من حو يصلات كويبر ثم تظهر الام عصبية في انجاهاات عصبية  
 أخرى للنصف العلوى من الجسم كاعصاب الذراعين والضميرة العنقية أو  
 تفرعات النواحي الثلاثي وأما الالام الظهرية الاعتمادية وزيادة حساسية  
 العمود الفقري والاجزا الرخوة المغطية لها بواسطة الضغط فلا يشكوها  
 المصابون بالسل النخاعي الا اذا كانت الفروع الخلفية من الاعصاب  
 الشوكية متميجة تهيجا شديدا والمصابون بهذا المرض لا يكون أول تشكيم  
 بالالام العصبية السابقة بل بالاحساس الواضح السريع الظهرى بتعب  
 الاطراف السفلى حالة المشى مع عدم تناقص في قوة الفعل العضلى حتى ان  
 المعلم اسببت ميز شكلا مخصوصا من السل النخاعي فيه يتضح في الدور الاول  
 منه بدلا عن الالام الشديدة الاحساس السريع الظهرى بالتعب السابق  
 وهذا الاحساس يمكن توجيهه بالتزايد المرضى اقابلية تنبيه الجذوع  
 الخلفية فانه في الاحوال الصحية الفسيولوجية يتعلق الاحساس بالتعب  
 بعظم الفعل العضلى فان كانت قابلية تنبيه الجذوع الخلفية متزايدة كفى  
 ولا بدأ قل مجهود عضلى في احداث عين هذا التأثير أى الاحساس بالتعب  
 وعند تقدم سير المرض في هذا الدور يمكن ان يحصل تناقص حقيقى في  
 الفعل العضلى وقد يظهر في بعض الاحوال عرض مهم كثيرا ما يتقدم في  
 الظهر وهو نوب الام عصبية معدية تستمر جملة أيام مع قئ مستعص والظاهر  
 ان هذه النوب التي تحصل عادة مع تردد الالام الوخزية السابق ذكرها  
 متعلقة بتهيج الفروع الحساسة المعدية وهناك ظاهرة متخصصة مهمة وان  
 كانت غير ملازمة للدور الاول في هذا المرض وهى الاضطرابات الوظيفية

لبعض الاعصاب الدماغية بل قد يسبق الاضطراب في وظائف تلك الاعصاب  
 بزمن متفاوت جميع اعراض هذا المرض والعادة ان تصاب الاعصاب  
 المحركة للثة له كالمحرك المشترك والانسي ويندر اصابة الوحشي فيحصل تبعها  
 لضعف حركات بعض عضلات المقله ضعف في حركات المقله المتعلقة هي بها  
 فيحصل الحول وسقوط الجفن واسترخاؤه وازدواج المرثيات وضعف  
 التكيف وبما ينبغي الالتفات له كون اضطرابات حركة المقله هذه تظهر حالة  
 تعاقب مختلفة ولومع استمرار المرض الاصلى وتثاقله فقد تحسن أو تزول  
 بالكلية ثم تعود وكثيرا (أقله في ثلث الاحوال) ما يظهر عند المصابين بالسل  
 النخاعي ضعف في الابصار وقد يكون هذا عرضا وليا وهذا الضعف يبتدأ  
 في الغالب بهين واحد ويكون على شكل تضاييق مركزي في اتساع مد  
 الابصار مع شكل مخصوص أحيانا من الأكر وما تيسر (أي عدم تمييز الالوان)  
 ويكاد ينتهي على الدوام مع التثاقل بفقد الابصار فقد انما وعند البحث  
 بالمرآة العيضية تظهر حمة العصب البصرى المصاب بالتيبس السنجابي غير  
 شفافه بل متشعبة بالبيضاى ومحدودة بالدفقة وأوعيتها قليلة الوضوح وأما  
 باقى اعصاب الدماغ فتقل اصابتها بالتغير المرضى الذى نحن بصدده ومع ذلك  
 فقد شوهد في بعض الاحوال فقد في حساسية العصب التوأى الثلاثى وشلل  
 أو ضعف في حركات بعض عضلات الوجه وثقل في السمع لاحدى الجهتين  
 وتعمر في الازدراد بسبب اشتراك اعصاب الاعضاء المنوطة بهذه الوظيفة  
 والتكلم مع المشقة أو الائمة عقب اشتراك العصب تحت اللسان في الاصابة  
 وكذلك سرعة النبض الدورية غير الحمية وعدم انتظام حركات القلب وميل  
 النبض للضرب المزدوج بمكر نسبتها لاضطراب في العصب التحير ولا يوجد  
 حتى في هذا المرض متعلقة باصابة النخاع ومع ذلك فقد ذكر كل من وفكل  
 برغ وكاينس وروزنتال وجود حركة حمية متعلقة بهذه الاصابة وأما اشتراك  
 الجزء العنقى من العظيم السنبه اتوى فيدل عليه عدم انتظام شكل الحدقتين  
 فقد شوهد في بعض الاحوال أن الجهة التي فيها تكون الحدقة أكثر تضايقا  
 ظواهر شال في الاعصاب المحركة الوعائية كاستمرار الوجنة غير  
 الاعتيادى واحتمان المقله وانفصاخها التفاضل كما مياوارتفاع درجة  
 حرارتها وكذا شوهدت ظاهرة مهمة وهي أنه في أثناء نوب الالام السابق



واما ثوران حساسية الجلد وفقدانها في اشاهد في الايام الاول من هذا المرض  
 واحيانا في مدة بجميع سببه ان ملامسة الجلد غير اللطيفة تكون  
 مؤلمة للمرضى فيزيد ضجروها وانيتها كلما أريد تغيير وضعها في الفراش او  
 القرع على بعض أجزائها ثم فيما بعد يفقد هذا الاحساس بحيث لا تحس  
 المرضى ولومع تهيج الجلد الشديد ومع ذلك ففي مثل هذه الاحوال لا ينسى  
 الخدر الذي تقع فيه المرضى من فقد الحساسية الدماغية وأقل من ذلك فقد  
 الحساسية الجلدية الدائرية المبيضة بان المرضى ولومع ادراكها لا تحس بتهيج  
 الجلد الا بقله اولاً تحس به بالكلية وهذه الظاهرة تتعلق بانطفاء قابلية  
 تنبيه الجذوع الخلفية العصبية بسبب التهابها

واما التشوهات التي تنوَسية لعضلات القفا والظهر فلا تفقد الا في احوال  
 نادرة من التهاب السحايا الصاعقي وفي ابتداء يكون الرأس قليل  
 الانجذاب الى الخلف ثم يكون فيما بعد زاوية قائمة تقر يسمع الجسم وبهذا  
 الوضع وبالتيمنوس الخلفي للجزء الصدري والقطني من العمود الفقري  
 يتعذر بالكلية على المرضى الاستلقاء على الظهر فان ارتقى التيمنوس الى  
 الدرجة العظمى حصل ولا بد تعذر في حركات التنفس وهذا العرض قد  
 يزول قبل الموت بقليل والغالب ان يستمر بدرجة متفاوتة الى الممات أو الى  
 حصول النفاثة

واما التشوهات الصرعية فنادرة الحصول وهذا الامر مع امتداد الانسكاب  
 على السطح المحذب من النصفين الكريين العظمين للدماغ مستغرب  
 واما الشلل فالغالب فيه ان تفقد ظواهر الشلل الحقيقي الى الموت ومع ذلك  
 فهناك احوال يحصل فيها شلل النصف الجانبي من الجسم (أى الفالج)  
 أو شلل النصف السفلي منه كما وان هناك احوال عديدة يحصل فيها  
 شلل في اجزاء العصب الوجهي او المحرك للقلبة أو المبعدهما وتوجيه ذلك  
 سهل بل قلته حصولها مستغرب

واما الاضطرابات العقلية فانه في ابتداء المرض يكاد يكون الادراك غير  
 مضطرب والمرضى لا تحس الجواب على ما يوجه لها من الاسئلة لسكن عما  
 قريب يحصل عندهم عدم راحة وقلق ثم تصير في قلق من السؤال فلا تجاب

الامع السامة اجوبة غير تامة ويوجد عندهم في الابتداء نوع هذيان  
لابتضاع الا بعض دقائق وهو واصف للدور الاول من هذا المرض ثم يظهر  
عند أغلب المرضى هذيان مختلف الشدة بخلافه حالة خدر

واما اضطرابات الحواس فمنها التهاب القرني وهو ينتج عن عدم غلق  
الاجفان غلما تاما عند ضعف العضلة المحيطة الجفنية ضعفا نصف شللي  
والالتهاب المشيمي النضحي والالتهاب الشبكي ويغلب على الظن ان ذلك  
نتيجة امتداد الارتشاح الصديدي على مسير العصب البصري من تجويف  
الجمجمة الى المقلة ولا يندران يؤدي ذلك لفقد الابصار والصمم يحصل بكثرة  
في هذا المرض بحيث يلهثنا القول بانه ينتج عن عدة أسباب اهمها امتداد  
الارتشاح القيصي على مسير العصب السمعي والاذن الباطنة

واما الطفحات الجلدية فاكثر ما يشاهد منها الحويصلات المهر بسية وأقل من  
ذلك مشاهدة الايرتيا والوردية والانجيرية والبقع الكدمية والعرق الخبيث  
وكثرة حصول هذه الطفحات ولا سيما وضعها المسامت المنتظم يودي للقول  
بانها تتعلق بتهيجات في أعصاب التغذية كما ثبت ذلك في الطفح الهريسي  
المنطقي في أحوال الآلام العصبية كما أثبتته برونس برونج

واما الحمى ففيها يفتقد تبعاً للمشاهدات سمسن العديدة الا كيدة الطرز المنتظم  
فلا يوجد الا قليل من خطوط تقوسات درجة الحرارة مشابه لبعضه بل الغالب  
ان توجد قذفات وثورانات فجائية قصيرة المدة في درجة الحرارة وبالجملة يكثر  
وجود الطرز المتردد مع ثورانات من نصف درجة الى درجة واما درجة  
الحرارة العالية جداً فتكاد لا توجد الا في الاحوال الثقيلة التي تنتهي بالموت  
وفي غالب الاحوال لا ترتقي زيادة عن ٣٩ واما الطرز المتقطع من الحمى  
الذي يظهر أحيانا مع باقي الظواهر المرضية في اثناء النقاهة فيعتبره سمسن  
سحي امتصاص بخلاف الطرز المتقطع الحمى في الاسبوع الاول والثاني من  
المرض فانه يعتبره ارتقاء متتابعاً للالتهاب السحائي وسرعة النبض  
لا يستنتج منها ارتفاع درجة الحرارة فقد تكون عظيمة جداً مع توسط درجة  
الحرارة ويندران يشاهدان في ابتداء هذا المرض بط في النبض

(المعالجة)

### المعالجة

الاحوال التي يستخرج منها جودة الطرق العلاجية الموافقة لهذا المرض والتي تجدى نفعا هي التي يتعمش فيها بالنجاح من قبل وذلك مطابق لما يشاهد في جميع الاويبة الخبيثة القتالة لجميع الامراض ومن رام تجربة الطريقة العلاجية في الاشكال الثقيلة من هذا المرض فلا يتوصل الى نتائج مهمما كانت الطريقة العلاجية وكون المعالجة المستعملة في الالتهاب السحائي الذاتي التي هي عبارة عن استعمال التبريد بواسطة الوضعيات الجلدية على الرأس وارسال العلق خلف الاذنين وتعاطي الزئبق الخلو من الباطن يوصى بها كذلك في الالتهاب السحائي الدماغي الشوكي الوبائي يتضح ذلك من منفعتها الواضحة في المرضى الذين يظهر عندهم مبادئ هذا المرض بتأثير وبائه المتسلطن اى الذين يصابون بالآلام الرأس والقفا بسلا وفي الاحوال الواضحة من هذا المرض قد ثبت نجاح هذه الطريقة العلاجية طيبة التجارب أغلب اطباء الذين شاهدوه وصار رأى من لم يرتجح احكامها ارتكانا على مشاهدة الاحوال الثقيلة منفردا وليس عندي تجارب مؤيدة لنجاح المورفين من الباطن والحقن تحت الجلد مع المعالجة الباطنية المضادة للالتهاب لكن هناك مشاهدات عديدة سيما مشاهدات هسن ومنكوف تؤيد نجاح ذلك سيما الحقن تحت الجلد بالمورفين وقال هسن لم نشاهد من الحقن المذكور اذنى ضرر ولو تكررت استعماله بل شاهدنا منه نجاحا تسكينيا عظيما بحيث يظهر مع التبريد على الرأس وسائط عظمي في معالجة الالتهاب السحائي

واما استعمال الكينين ولو في احوال هذا المرض الواضحة النقطع فليس فيه اذى منفعة كما تحقق ذلك عند كثير من اطباء المشاهدين لهذا المرض

\* (تنبيه) \* فذكرنا اننا شاهدنا هذا المرض سنتين متواليتين في بيارستاننا الهوى وهما سنة ١٢٨٧ و سنة ٨٩ ميلادية وكانت المشاهدة في اثناء الفصل الحار من السنة وفي كل وباء كان عدد الاحوال المشاهدة في مدة قليلة نحو الشهرين من السنين الى الثمانين وجميعها بالعساكر

الوطنية ولا سيما السودانية

أما بخصوص التشريح المرضي فلم أجد ادنى اختلاف عما ذكره المؤلف في كتابه  
هذا مع اني كررت فعل الصفات التشريحية مرارا عديدة غير اني انبه على  
شئين كانا واضحين بكثرة في هذه الصفات وهما الاول وهو كونه النضج المرضي  
القمي اليبقي على قاعدة الدماغ من الخلف ولا سيما المنحج والتخاع  
المستطيل بحيث كاد يكون على هذه الاجزاء طبقة ليفية قبيحة مستوية  
كأنما غطيت هذه الاجزاء بطبقة كثيفة من الدهن والثاني لين التخاع  
الشوكي المرير سيما في التخاع المستطيل والجزء العلوي من التخاع  
الشوكي بحيث انه عند شق الطبقة الغمدية الخاص بالتخاع من هذه الاجزاء  
كان يسيل على هيئة مادة مبيضة كثيفة متجانسة كاللبن الكثيف وباقى  
التغيرات التشريحية هي بعينها كما ذكره المؤلف

واما بالنسبة للاعراض فلم يكن عندي ما اضيفه اليها زيادة عما ذكره المؤلف  
الا انه على اختلاف الاحوال وكثرة المشاهدات اقول انها شوهدت بجميع  
تنوعاتها وتسلطن بعضها احيانا دون الباقي

واما بالنسبة للمعالجة فاننا كنا نستعمل المعالجة التي تقدمت مع الاهتمام  
بالاكثر بما ذكره من أعنى المعالجة الباطنة المضادة للاتهاب ولا سيما  
لدينا والحقن تحت الجلد بالمورفين والوضعية الباردة على الرأس  
وقد شاهدنا نجاح هذه الطريقة حتى كاد الشفا يكون اكثر من النصف  
في مجموع الاحوال خفيفة او ثقيلة ولاجل بيان حالة هذا المرض ومعالجته  
اذ ذكره شاهدتين من عدة مشاهدات انموذجا تلقاها أحدهما تلامذتي وهو  
سقد سماح في الاكلينك احدهما انتهت بالشفاء والاخرى انتهت بالموت  
وفعلت فيها الصفات التشريحية فالاولى انه قد حضر في يوم السبت الموافق  
٨ برموده سنة ٨٧ ميلادية الى قسم الامراض الباطنة الجهادية  
بالقاعة الاولى نمرة ١٩ شخص يدعى محمود بن اسماعيل من عبي يباه  
غرديان بجي اوزطة بنيمته متوسطة القوة ومزاجه لينفاوى عصبي وسنه  
نحو الثلاثين

وكان هذا النقص عند حضوره يتشكى بالام شديدة في الرأس ممتدة الى

القفا والعمود الفقري العنقي الظهرى مع فقد خفيف في الإدراك وحالة  
هذيان وانقباض في عضلات القفا والظهر بحيث كان الرأس منجذبا إلى  
الخلف انجذبا خفيفا معه أيضا انقباض تشنجي في الاطراف وكزاز واضح  
وكل من النبض والحرارة قابل الارتفاع وجميع هذه الاعراض كانت  
معه من اول يوم

وفي اليوم الثانی كانت حالة المريض ما سأذكره وهو ان حالة الإدراك  
كانت متحسنة وكذا حالة الهذيان وأما ألم الرأس ومعه فكان كالיום  
السابق وانقباض عضلات القفا والظهر كان على حالة تشنجية تيمتتوسمية  
والحساسية العمومية موجودة غير انها متناقصة بحيث لا يكاد يحس  
المريض بالقرص والحسنة منقبضتين واللسان مبيضا والنبض بطيئا  
وحرارة ظاهر الجسم منخطة فأمر له حينئذ بالاستفرغات الدهوية الموضعية  
على الظهر بواسطة المحاجم التشريطية وارسل نحو عشر من علقته خلف  
الاذنين واعطى له مسهل مكون من اثنتي عشرة قعقة من الزينق الجلو واثنتي  
عشر قعقة من الجلمبة تفعل ثلاث ورقات احداها صباحا والثانية ظهرها  
والثالثة مساء وأمر له كذلك باستعمال الكمادات الباردة على الراس بعد  
حلقه وليكون ألم الرأس والقفا شديدا جدا حتى بالورفين تحت الجلد  
ويمر لاحتظة المريض وحده حالته تقريرا كالصباح انما ألم الرأس كان  
متناقضا وانقباض عضلات العنق خفيفا وكان قد اثر فيه المسهل  
جملة مرات

وفي اليوم الثالث وجد ان المريض حافظ اقوته العقلية وانقباض الاطراف  
العضلي كاد لا يوجد وأما الذي في القفا والظهر فهو وان كان وجود الا  
انه اخذ في التناقص بحيث ان المريض كانت له قدرة على فعل بعض حركات  
في العنق وانما ألمه للامام كانت عشرة وكل من ألم الرأس والعنق والظهر  
لم يزل مستمر الا انه متناقص وبالضغط على فقرات القسامين الاخيرين  
كان يزداد وكانت الحسنة ممتدتين غير متحركتين واللسان مبيضا  
والبطن منقبضا والنبض بطيئا غير منتظم يصل الى ٦٠ في الدقيقة  
الواحدة

وفي اليوم الرابع وجدت الاعراض متحسنة يعني ان ألم كل من الرأس  
والقفا والظهر متناقص وتعدد الخدقتين أقل من اليوم السابق وكذا  
الانقباض العضلي في القفا والظهر أقل والحساسية العمومية متناقصه غير  
ان الخدر أكثر وضوحا والنبض متزايد حتى انه وصل ٩٦ في الدقيقة  
الواحدة والحرارة بلغت ٣٩ درجة وخطين تحت الابط

وحيث ان الاعراض الحمية كانت متزايدة عن اليوم الماضي امر للربض  
اذذاك باستعمال منقوع الديجتالا ١٣ قمحة في ست اواق من الماء مع  
جرام من ملح البارود مع التمداد على المسكيات الباردة على الراس  
وكذا امر له بوضع جراحة عرضة على القفا ولم يعط سوى بعض اغذية  
سائلة خفيفة جدا

ثم في اليوم الخامس وجدت اعراض المررض الحمية وخلافا لها تحسنة  
والنبض والحرارة متناقصا عن اليوم قبله وانما تشبهت المررض بالأم  
شديدة في مفضل الركبتين ولا سيما الجهة اليمنى حتى انه من شدته لم يستطع  
تحريك الاطراف السفلى وتمادينا على المعالجة هكذا في اليوم السادس  
وانما يزيد عليها استعمال مرشح كافور في مسكن

ثم من اليوم السابع الى العاشر اجرينا هذه المعالجة السابقة مع  
تنوعات خفيفة بحسب ثوران بعض الاعراض وانخطاطها وهكذا

وفي اليوم المتمم للعشرين منع استعمال الديجتالا بالكلية حيث ان ارتفاع  
الحرارة والنبض زال بالكلية ولم يبق سوى الضعف والام الراس والقفا  
وثوران خفيف في الجنب مساء وتمادينا هكذا على المعالجة الى ابتداء شهر  
بشنس مع استعمال الاغذية اللطيفة حتى تم شفاؤه المررض وترك  
المارستان في ١٨ بشنس على احسن حال انتهى

واما المشاهدة الثانية فهي انه في ٣ برمهات سنة ٨٧ حضر الى الاسبنا ليه  
الكبرى بالقصر العيني شخص سوداني يدعى عبد الله من عساكر ٧ جي  
بلوك ٣ جي أورطه ٣ جي يياده ولدى حضوره صار الكشف عليه فوجد عمره  
نحو عشرين سنة نحيف البنية ذا امراض عصبية ومعه المودوار في الرأس مع  
حرارة فيه وفي بقية الجسم والام في القفا والظهر مع تقلص في عضلاتهما

والحدقتان كانتا منقبضتين قليلا والنهوض مر بهما خفيفا غير منتظم ومع ذلك فكان المريض حافظ الادراكه نوعا فامر له بالمكيدات الباردة على الرأس بعد حلقه واجريت له الحجامة القشر بطية خاف الاذنين وفي صبيحة يوم حضوره ازدادت الاعراض السابقة وفتقد الادراك رأسا وحدث عنده هذيان جنوني مع ضجر وقلق عظيمين حتى يكاد لا يطيق ملابسه ولا النوم على السرير وغير ذلك والانقباضات العضلية للقفص والظهر كانت متزايدة بحيث انها كسبت الجذع شكل القوس مع وجود آلام فيها تزداد بالضغط وكان يوجد أيضا انقباض في عضلات البطن والاطراف لاسيما السفلى فكانت منتثمة على الحوض لشدة انقباضها والحساسية العمومية متزايدة جدا بحيث يتألم المريض من أدنى شيء والنهوض خفيفا جدا مع السرعة وعدم الانتظام وقد وصل الى ٨٤ والحرارة كانت مرتفعة حتى وصلت الى ٣٩ وخطين وبالخصوص حرارة الرأس وكانت الحدقتان منقبضتين جدا واللسان أحمر جاف.

فأمر له في ذلك اليوم بالاستفرغات الدموية الموضعية على مؤخر الرأس والقفص والظهر (بان وضع له عشر ون علة خلف الاذنين وفعل له اثني عشر مجما نشريطيا ستة على القفا وستة على الظهر) واعطى له مسهل من الجلبة والزيتيق الحلو من كل ١٢ قمحة في ثلاث أوراق على ثلاثة اوقات في مدة النهار مع التمادي على المكيدات بالماء الباردة على الرأس ولم يعط له في ذلك اليوم غذاء.

وفي اليوم الثالث كانت الاعراض على حالتها انما النهوض كان ٨٨ والحرارة ٣٨ واربعة خطوط فاستعملت المعالجة بعينها ووزيد عليها حقنة سهلة (من منقوع السمارطل ومن الملح المروقيتان) لعدم تأثير الاوراق المسهلة السابقة ولشدة الآلام استعمل له الحقن بالورفين تحت الجلد ولم تزل حالة المريض في هذا اليوم بهذه المثابة بل زاد التشنج العضلي حتى عم الجسم وازداد التقيوس بحيث وصل جسم المريض لحالة التيبس حتى لو جبر على انبساط احد الاطراف لتألم من ذلك تألما شديدا فضلا عن عدم استطاعته ووجد عنده

كراز شديد متقطع بحيث لا يمكن فتحه ولو بخفض الفك السفلي بيد اجنبية  
 وكان مع ذلك متقطعاً وكانت عيناه مغلقتين غالباً وعند انقناحهما يحصل  
 له فرغ من الضوء واحياناً تكونان شاخصتين والحدقتان متمدتين قليلاً  
 ودرجة الحرارة وصلت بالترمومتر الى ٣٩ وكان النبض خفياً جداً  
 بطيئاً غير منتظم ووصل الى ٨٤ وظهرت ثمرة الحن المسكن نوعاً حيث  
 كان المريض لا يتألم بالضغط على قسمي القفا والظهر

وبملاحظة مساء وجد ان الانقباض العضلي التشبهي للاطراف صار محدوداً  
 بارتعاش متقطع وفي اثناء الليل انحطت ظواهر التبرج فكان ما حصل للمريض  
 هدوء واستراحة ونوم عميق وهذا بعد ان تبرز على فراشه بدون ارادة  
 وكانت مواد البراز سائلة مسودة كثيرة الكمية كريهة الرائحة ونمادى  
 على هذه الحالة الى الصباح

وفي اليوم الرابع تناقصت الحساسية العمومية وكان النبض خفياً بطيئاً  
 جداً غير منتظم ووصل الى ٦٠ والحرارة ٣٨ وخط واحد وبقي  
 اعراض الليلة السابقة كما كانت عليه

وفعلت المعالجة السابقة بعينها وزيد عليها وضع اللبخ الخردلية المتحركة على  
 الاطراف السفلى

وبالبحث عنه وقت الظهر شوهد فيه انحطاط جميع اعراض التبرج وقد  
 الهذيان الجنوني بالكليّة وحل محل ذلك حالة سبات وكوما عظيمين ولم يزل  
 هكذا الى الليل وبالبحث اذذاك شوهد تنوع الانقباض العضلي بحيث  
 كان في الشق الايسر من الجسم اقوى منه في الشق الايمن وكذلك الاحساس  
 فكان المريض لم يتألم في الجهة اليسرى بخلافه في اليمنى وبقيّة اعراض  
 هذه الليلة كالتي قبلها او التبرز بعينه

وفي اليوم الخامس وجدت الاعراض التهجبية آخذة في الانحطاط  
 والاحساس مقلوداً في الشق الايسر وضعيفاً في الايمن وانقباض العضلات  
 بالعكس اعني موجوداً في الشق الايسر ودون الايمن ومتزايداً جداً في الظهر  
 والقفا حتى كادت قيمة راس المريض تحاذي ما بين كتفيه وزال الكزاز



بدون تكون نضح التهابي فيها  
 وأكثر الأسباب المنتمة للالتهاب العصبي الاصابات الجرحية للاعصاب  
 لاسيما جرحها والوخز به والرض والجروح المزقية وفي بعض الاحوال ينشأ  
 الالتهاب العصبي من امتداد التهاب الاعضاء المجاورة الى الاعصاب  
 وهناك أحوال نادرة شوهد حصول الالتهاب فيها حصولا ذاتيا وبهوى  
 حينئذ بالالتهاب العصبي الروماتزمي

### الصفات التشريحية

التهاب الغمد العصبي يعرف باحمرار كثير أو قليل متعلق اما بامتلاء الاوعية  
 بالدم أو بانسكابيات دموية صغيرة ويكون الغمد العصبي مع ذلك مسترخيا  
 منتفخا رطبا وعند ما يكون سير الالتهاب العصبي حادا وقد يالتهج يشاهد  
 القبح بكمية عظيمة أو قليلة في المنسوج الخلوي الهش المحيط بالاعصاب  
 وعند ما يكون سيره منميا يكون الغمد العصبي ثخينة كثيفة ذات هيئة  
 ندبية ملتصقا التصاقا متمينا بما حوله وأما التهاب اللب العصبي فيعرف  
 باحمراره وانتفاخه ورخاوته وفي الاحوال الشديدة من هذا الالتهاب  
 يستحيل الى عجيبة جراه وفي الغالب يشترك مع الغمد في الالتهاب وحينئذ  
 تكون حزم الالياف العصبية متباعدة عن بعضها بسبب انتفاخ  
 غمدها ووجود نضح التهابي بينها وفي بعض الاحوال يحصل امتصاص في  
 اللب العصبي من العصب الملتهب فلا يبقى منه الا أثر حبل متكون من  
 منسوج خلوي

### الاعراض والسير

اعراض الالتهاب العصبي لا يمكن تمييزها عن اعراض الالم العصبي تمييزا  
 واضحا به عبارة أخرى الالتهاب العصبي من جملة الاسباب المختلفة المحدثة  
 للالم العصبي فالعرض الرئيس له هو ألم يتم مع سير العصب الملتهب ويتمتشر  
 ويتشعب على مسير تفرعاته الدائرية وهذا الالم يزداد عند الضغط على  
 العصب الملتهب ولا يظهر فيه ثورات ولا انحطاط واضح بل ولا نوب  
 وفترات واضحة كما في أشكال الالم العصبي وعند وجوده هذا الالم ينقص  
 احساس المس في الاجزاء المتوزع فيها العصب الملتهب وهذه الظاهرة

وان كانت ترى غريبة عند التأمل السطحي الا انها سهلة التوجيه فان  
التنبيه المرضى في جذع العصب المتهب الذي يحدثه التغير التهابي في  
اللب العصبي أو الغمد يمتد الى الدماغ فينتج عنه الاحساس بالالم الشديد غير  
ان الصفر المتهب من العصب نفسه يكون موصلا غير جيد لهذا التنبيه ولذا  
ترى ان المهيجات المؤثرة على الانتهاء العصبية الدائرية والحلمات العصبية  
الحساسة لا تصل بكيفية تامة الى الدماغ ولا تصل اليه بالكلية فلا تحدث  
حينئذ الاحساس غير واضح أو انه لا ينتج عنها احساس بالكلية وفي  
الابتداء يحس المريض في الاجزاء الدائرية من العصب المتهب بقدم  
أو خدر ثم لم يحلل الالتهاب تفقد هذه الاجزاء حساستها بالكلية فلا تتأثر  
من المؤثرات الظاهرة مع الآلام التي لم تزل مسخرة على شدتها وان كان  
العصب المتهب محتويا على اليباف محررة انضم للآلام انقباضات  
عضلية مع ان قدرة المرضى على فعل انقباضات عضلية ارادية تنماقص  
أو تفقد بالكلية وهذا الامر مبني أيضا على التهيج المرضى في الالياف  
العصبية المحركة الناتج عن الصفر المتهب مع فقد قابلية توصيل التيار  
العصبي لهذا الجزء وان كان العصب المتهب سطحي الوضع امكن ان يحس  
به على هيئة حبل صلب ويشاهد الجلد المعطى له مجرا احمرارا قليلا  
او ذيباويا والحى تفقد في غالب الاحوال التي فيها لا يوجد التهابات سوى  
الالتهاب العصبي

وسير الالتهاب العصبي يكون إما حادا أو مزمننا فكلما كان سيره حادا  
واعقب الالم العصبي ضعف الحساسية أو شلها أو انقباضا عضليا ساغ الحكم  
بان مجموع هذه الاعراض نتيج عن الالتهاب العصبي وفساده وفي الاحوال  
التي فيها يتحتم الالتهاب يبقى العصب زماما طويلا غير قادر على تقيم وظائفه  
وأما اذا كان سيره مزمننا فانه يحصل كذلك ضعف الحساسية أو شلل متى كان  
العصب منفسدا لئلا ينبت الجوهر العصبي محفوظا واعتراه فقط ضغط  
مسور من جهة الغمد المنتفخ المتيسر اعترى المرضى آلام عصبية  
أو انقباضات عضلية تشجبه في الاجزاء المتوزع فيها العصب المتهب مدة  
سنين عديدة

## \* المعالجة \*

ينبغي ابتداء اجراء ما تستدعيه المعالجة السببية كخراج الاجسام الغريبة  
 الواخزة النافذة في العصب الملتهب ومعالجة التهاب المنسوجان المجاورة  
 له بغاية الدقة ومع ذلك تستعمل الاستفرغات الدموية الموضعية كارسال  
 العاق أو المحاجم التشريطية على طول العصب الملتهب ووضع المكمدات  
 الباردة مع تكررها واستمرارها وان طالت مدة المرض وكان وضع العصب  
 سطعيا وجب ذلك بالمرهم الزئبقي على الجلد المغطى له وان كان الانتهاب  
 العصبي من مناسبت عملت المصرفات القوية بواسطة الحرارة بقى أو المقص في  
 الاحوال المستوجبة لذلك أو بواسطة الكي بالحديد المحمي كسطحيا  
 خطيا وان بقى العصب بعد قطع سير المرض غير منفسد ومضطربا في وظائفه  
 وجب استعمال التيار الكهربي لاجل اعادة قابلية تنبيه العصب الى  
 حالته الطبيعية بواسطة التنبيه الكهربي المنتظم المتكرر

## \* البحث الثاني \*

(في الاورام العصبية)

(المعروفة بالنيروم)

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

الاورام العصبية عبارة عن تولدات تنشأ امان الاغمداد العصبية أو من  
 الالياف العصبية نفسها فتكون امان منسوج خلوي جديد التكوين  
 أو من الالياف العصبية نفسها وقد ميزت الاورام العصبية المتكونة من  
 الالياف العصبية أو التي يغلب في تأليفها هذه الالياف العصبية عن  
 الاورام المتكونة من معظمها من منسوج خلوي وهي تسمى الاورام  
 العصبية الحقيقية والثانية بالغالب الحقيقية غير ان لهذا التمييز أهمية  
 تشريحية مرضية فقط لا كلينكية

واسباب الاورام العصبية مجهولة وتشاهد في الذكور والاناث وفي  
 جميع اطوار الحياة على حد سواء والقول بان جروح الاعصاب ينشأ عنها  
 اورام عصبية ليس ثابتا ولهذا الاورام بعد استئصالها ميل للكساة

في الصفات التي تشر بحية

الاورام العصبية تظهر على هيئة تولدات مستديرة ويضاوية تابعة لسير  
العصب ذات قوام يابس مرن ومحاط بغمد ليفي وحجمها من حبة الدخن  
الى قبضة اليد بل أزيدو بحسب كون الجوهر الكاش بين الالياف العصبية  
ليفيا او عصبيا او مخاطيا قدمه يزور جوف الاورام العصبية الى ليفية  
وعصبية ومخاطية وتشتمل زيادة عن المنسوجات السابق ذكرها على  
نجاويف صغيرة ممتلئة بسائل ومجلس هذه الاورام اما على جانبي العصب  
أو تنشأ من باطنه وبحسب اختلاف مجلسها يختلف عدد الالياف العصبية  
المختلطة معها والمحيط بها أو أكثر الاعصاب مجلسها هذه الاورام الاعصاب  
الشوكية ومع ذلك فهناك مشاهدات تدل على وجودها في العصب  
السنبا توى وفي الاعصاب الدماغية لاسيما العصب السمعي والعادة ان يوجد  
ورم عصبي واحد لا يكون حجمه بنسبة العصب الناشئ منه وقد يوجد منها  
عدد عظيم في عصب واحد وهناك أحوال أخرى تشاهد فيها عدة من  
الاورام العصبية ناشئة من اعصاب مختلفة ويظهر ان الاورام الصغيرة  
المعركة تحت الجلد المؤلم جدا الممهية بالدرن المؤلم من جملة الاورام  
العصبية ولولم يثبت ارتباطها بعصب جلدي ولم يوجد فيها ألياف عصبية

في الاعراض والسير

الاورام العصبية الدائرية التي يمكن معرفتها تتضح بظهور ورم مؤلم كثير  
المقاومة أو قليلها مرن ومجلسه على سير أحد الاعصاب الجلدية وليس له  
غالبها الا حركة جانبية ومغطى بجلد غير متغير وألم يشعع من هذا الورم الى  
دائرة العصب وتفرعاته الانتهائية وهذا الألم لا يكون مستقرا بل ذاتوب  
وقترات وبتزايد اذ ياد اعظها لا يطاق بادنى ضغط على الورم ولوبا احتكاك  
الملابس كما أنه يزداد أيضا بالحركة وتأثير البرد وغير ذلك من المؤثرات التي  
تثير الألم وقابلية التوصيل العصبي يعترها تغيير في الورم العصبي كما ذكرنا ذلك  
في التهاب العصب بحيث ينضم للألم الاحساس بالثقل والحد من ضعف  
حساسية اجزاء الجلد المتوزع فيها العصب المريض ويندر ان ينتج عن تغيير  
الياف العصبية المحركة انقباضات تشنجية أو شلل - ثم ان تشعع الألم من  
العصب المريض الى الاعصاب المجاورة والاضرار بابات العصبية المنتشرة

التي تصاحب التغير العصبي الموضعي أحيانا توجد في كل من الاورام  
والالتهابات والالام العصبية على اختلاف منشأها وسنتكلم على  
ذلك في المبحث الآتي ثم ان الورم العصبي ينمو ونموها بطيئا وبعد وصوله في  
العظم الى درجة مما يبق على حاله وهو من الامراض المؤلمة جدا التي  
ياحدتها الاضطراب في نوم المريض وراحته يمكن ان تؤدي لنهوك عظيمة  
وهذه الظواهر المذكورة توجد بالخصوص في الاورام العصبية الصغيرة  
الجسم المنفردة مع انها تفقد في العظم منها والمتعدد بحيث يمكن ان تفقد  
جميع الظواهر المدركة للمريض في الحالة الاخيرة ولا يمكن تشخيصها  
الا بالعلامات الحسية

### ✽ المعالجة ✽

لا يمكن تحليل الاورام العصبية بواسطة المعالجة الدوائية فالواسطة  
العلاجية المجربة الموصى بها هي الاستئصال فقط

### ✽ المبحث الثالث ✽

#### (في الآلام العصبية)

حيث ارتسكنا الى الآن في شرح الامراض وتقسيمها الى التغيرات  
التشريحية الخاصة بها فلا يسوغ لنا شرح الآلام العصبية وجعلها مرضا  
مستقلا مثل التهاب العصب والاورام العصبية فان الآلام العصبية  
عبارة عن مجموع اعراض لا تتعلق بتغيرات تشريحية دائمة ولكن حيث  
لا يثبت في غالب الاحوال الآلام العصبية وجدود تغيرات تشريحية وان  
وجدت احيانا فانها لا تكفي في توجيه الالم العصبي التزمنا ان نضرب صفحا  
عما ذكر ونشرح الآلام العصبية في مبحث منفرد على حدته كغيرها من  
امراض المجموع العصبي التي لا يمكن نسبتها لتغيرات تشريحية مدركة

### ✽ كيفية الظهور والاسباب ✽

كل احساس بال ألم ينشأ بالكيفية الآتية وهو ان كل تنبيه يحصل في  
الاعصاب الحساسة بواسطة مهيج شديد غير طبيعي يمتد الى الدماغ  
فكذلك الاحساس بالالم المعبر عنه بالالم العصبي ينشأ عن تنبيه الاعصاب  
الحساسة وامتداده الى الدماغ وحيث كان كذلك فتميز الالم المنسوب للآلام

العصبية عن غيره من الاحساسات المؤلمة يكون مبنياً فقط على ان تنبيه  
 الاعصاب الحساسة في الآلام العصبية يحصل اما بهيجات أخرى أى غير  
 المهيجات المحدثة للآلام عادة أو بتأثيرها على اصفار أخرى من الاعصاب  
 الحساسة بخلاف ما يحصل في باقى اشكال الآلام فقلان احدث رض  
 أو ارتفاع درجة الحرارة أو انخفاضها أو غير ذلك من المؤثرات المرضية  
 التى تؤثر على الانتهاآت الدائرية للاعصاب احساسا بالآلام أو نشاء هذا  
 الاحساس عن التهايات أو غيرها من التغييرات المادية للجسد  
 أو الاغشية المخاطية أو الاعضاء الجوهرية لا يسوغ تسمية هذا الاحساس  
 المؤلم بالآلم العصبى لكن ان لم يمكن اثبات تأثير هذه المؤثرات المهيجة على  
 الانتهاآت الدائرية للاعصاب بحيث لا يسوغ اعتبار تأثيرها مسبباً للآلم  
 الموجود أو عدمه من القريب للعقل ان تأثير السبب المهيج وقع على جذع  
 العصب لا على انتهاآت الدائرية جاز تسمية الآلم المنتشرة في انتهاآت هذا  
 العصب الدائرية بالآلم العصبى واشهر مثل للآلم العصبى الذى فيه تحصل  
 الآلام في تفرعات احد الاعصاب بدون تأثير سبب مهيج مدرك يؤثر على  
 نفس هذا العصب أو على انتهاآت الآلم الشاغل للعصب فوق الحاجج الناتج  
 عن التسمم الاجامى وللشكل الثانى الذى فيه تكون الآلام المنتشرة في  
 انتهاآت احد الاعصاب ناتجة بلاشك عن تأثير سبب مهيج مدرك في  
 جذع العصب الآلم العصبى الوقتى للعصب الزندى الذى ينتج عن رض هذا  
 العصب فى المرفق ومن القريب للعقل أيضا فى الاحوال التى فيها لا يمكن  
 ادراك تأثير السبب الذى أثر على العصب ولا مشاهدته ( كما فى الآلام  
 العصبية الناشئة عن التسمم الاجامى مثلا) يكون التأثير فيها واقعا على جذع  
 العصب لا على انتهاآت الدائرية ويؤيد ذلك الاقتصار المحدود للآلم العصبى  
 على الانتهاآت الدائرية لعصب واحد وبقاء الاجزاء المجاورة مصونة عن  
 الاصابة متى كان متوزعا فيها ألياف عصبية حساسة غير ناشئة من عصب  
 آخر فلو كان التأثير المهيج أثر على الانتهاآت الدائرية للعصب لما أمكن  
 توجيهه اقتصار الآلم عليها وتحديد فكيه يمكن توجيهه صوت الجبهة الكعبرية  
 لاحد الاصابع أو التسمم فوق الحاجج لجهة من تأثير المهيج المحدث للآلم

العصبى في الجهة الزندية لهذا الاصبغ أو القسم فوق الججاج المصاب وزيادة  
على ذلك يتأيد القول منشأ الآلام العصبية من الجدع كما سيأتى وهو ان الآلم  
في الآلام العصبية لا يكون مطلقاً محسوساً بآبادراك نوعية السبب وطبيعته  
اذ من المعلوم ان الحلمات الجلدية المرتبطة بالانتهات العصبية هي مجلس  
الاحساس بالضغط والحرارة فلو كانت الآلام العصبية الناتجة عن  
مؤثرات مهيجة غير مدركة أثرت على الجلد لادركت المرضى صفة هذا المؤثر  
المهيج وطبيعته وكانت تشتمكى بحرق أو وخز وغيره مما من انواع الآلم وأما  
اذا أثر مهيج على جدع عصب عاربان كان جسمه بارداً أو حاراً مثلاً أو  
وخزاً أو قرصاً فينشأ عن ذلك مع الدوام كما فى الآلام العصبية نوع  
احساس بالمر واحد ولا يمكن المريض من نوع هذا الآلم معرفة طبيعة الاسباب  
المحدثة له وبالجملة فما يؤيد هذا القول أيضاً عدم نجاح عملية القطع العصبى  
فى كثير من الآلام العصبية فان مجلس الاصابة فى جدع العصب لا فى انتهاته  
الدائرية ثم ان التغيرات الطبيعية والكيمياوية للعصب المصاب بالآلم العصبى  
المسبب عنها التنبية المرضى مجهولة علمياً بل يسوغ لنا ان نقول ان  
التغيرات المذكرة ليست عبارة عن تغيرات مادية مدركة فان قابلية  
تنبية الاعصاب تفقد بالكلية بمثل هذه التغيرات وان المؤثرات المضرة  
المحدثة للآلام العصبية لا تحدثها الا متى أثرت على الاعصاب بكيفية  
واهمة بحيث لا تفسد طبيعتها ولا تحدث فى منسوجها تغيرات تشرىحية  
مدركة فان وجد عصب من الاعصاب الذى كان مجلس الآلم عصبى واضح  
التغير عند البحث التشريحي فمن الاكيد ان الصفر المتغير لم يكن ينشأ  
للآلام بل كان مصاباً باعلامه بتغير آخر لا يدرك بالنظر ولا بالنظارات المعظمة  
ثم ان الاستعداد للاصابة بالآلام العصبية يختلف باختلاف الاشخاص  
ويظهر ان ارتفاع قابلية التنبية للمجموع العصبى المرضية المعروفة بالضعف  
العصبى تعبر على الاصابة بالآلام العصبية وتشاهد عند النساء أكثر من  
الرجال وعند الاشخاص القليلي الدم الضعفاً البنينية أكثر من اقويها  
الدمويين

والاسباب المأتمة أى المهيجات السقى متى أثرت على جدع الاعصاب  
تحدث الآلام عصبية تكون امام معلومة أو مجهولة ولا يجوز ان نهبر عن الآلام

العصبية الناتجة عن مهيجات غير معلومة بالالام العصبية الحقيقية وتبزيها  
 عن غيرها من الالام العصبية فانه ان حدث مرض العصب الزندي الواقع  
 على الجهة الانسية من النتو المرفقي أو على العصب الوريكي عند خروجه  
 من الشرم الوريكي المايتشع مع في اصابع اليد والقدم هي ذلك أيضا بالام  
 العصبي الحقيقي وأجود من ذلك في الطب العملي ان يعبر عن الالام العصبية  
 الحقيقية بالالام التي تستمر بعد انقطاع تأثير السبب الذي نشأت عنه  
 ثم انه بعد من أسباب الالام العصبية المدركه الكثرية الحصول أمور  
 منها جروح الاعصاب بواسطة آلات واخزة كرشة الفصادة أو الابر  
 أو نحوها فان تفرق اتصال الاعصاب تفرقاتا أقل خطرا من جرحها  
 الوخزية ومنها تبيح الاعصاب بواسطة اجسام غريبة نفذت قريبا من  
 العصب وبقيت هناك متكيسة كبعض قطع الرصاص ونحو ذلك  
 من الاجسام الغريبة التي تحدث تأثيرا مهيجا على الاعصاب المجاورة  
 فينشأ عنها آلام عصبية شديدة ومنها الجذب الواقع على الاعصاب بواسطة  
 ندب منكمشة ومنها الضغط الواقع على الاعصاب بواسطة الاورام  
 الانورزماوية والعظمية التي مجلسها العظام أو الاسنان والتولدات المرضية  
 كالسرطانات ومنها الاورام العصبية المذكورة في المبحث السابق  
 ومنها امتلاء الضفائر الوريدية المحيطة بعصب خصوصا عند خروج هذا  
 العصب من قنوات عظمية ومن ذلك كثرة اصابات الاعصاب بين الاضلاع  
 في الجهة اليسرى وكثرة اصابة العصب التومي الثلاثي في الجهة اليمنى خصوصا  
 فرعه الاول أي العصب العينى فانه أكثر اصابة من فرعه الثاني والثالث  
 وما ذلك الا من نفوذه من قنوات عظمية وكثرة احاطته بشبكة وريدية وقد  
 تحصل الالام العصبية من تأثير البرد ويسمى هذا الشكل حينئذ بالام  
 العصبي الروماتزمي وفي هذا الشكل وان لم يتضح باصفات التشرىحيه تغيرات  
 مادية مدركه يوجه بها تبيح العصب الا أنه من القريب لاعتقل جدا ان منشأ  
 الالم العصبي في مثل هذه الاحوال هو احتقان النعمد العصبي وارتشاحه  
 ارتشاحا أوذيمياويا وهايزولان بعد الموت وبالجملة بعد من أسباب الالام  
 العصبية أيضا التسمم بواسطة جواهر مسممة معدنية كالزئبق والرصاص  
 والنحاس وكذا التسمم بواسطة التصدات الاجامية ومن المستغرب جدا في



هذا الشكل من الالم العصبي أى الناشئ بهذه الكيفية ان المؤثر الخارج  
عن هذا التغبر المرضى العمومى لا يؤثر الا على اعصاب محددة

### في الاعراض والسير

كل الم العصبي يميز له نوعان احدهما ألم ثابت يزداد بالضغط قاصر على بعض  
اصفار مخصوصة من العصب مماها والسكس (بالاصفار المؤلمة) وهذا  
الالم وان لم يكن شديدا جدا الا انه متعب وثانها الم نوبى أى يظهر على شكل  
نوب ويتشعب من الاصفار السابق ذكرها على مسير العصب ويكون شديدا  
للاغاية غير مطاق والاصفار المؤلمة توجد خصوصا في المحال التي فيها يكون  
العصب نافذا من قناة عظمية أو من غمد وترى ومقبتها نحو السطح الظاهر  
ومحيط هذه الاصفار يظهر كثير الاتساع زيادة عما ثبتت عند الضغط  
عليها بواسطة الاصبع ومن المهم ما ثبت تجارب العلم بودجيه أنه عند  
البحث عن قابلية تنبيه الاصفار المختلفة للاعصاب المحركة في الضفادع  
وجد بعضها أكثر تنبيها في بعض المحال وقليلته جدا في محال اخرى  
مجاورة للاولى فمن الجائز ان اصفار والسكس المؤلمة في الاعصاب الحساسة  
تطابق بعض اصفار الاعصاب المحركة ذات القابلية للتنبيه المتزايدة التي  
وجدها بودجيه في بعض اصفار الاعصاب المحركة وكثير من المؤلفين ينسك  
وجود اصفار والسكس في الآلام العصبية لعدم وجودها ثم ان نوب الآلام  
في الالم العصبي يتبع سير العصب تارة الى اسفل وتارة الى اعلى بحيث يتميز  
الالم العصبي على حسب ذلك الى الم عصبي نازل والى الم عصبي صاعد وهذا  
الاخير نادر جدا وتحس المرضى بهذا الالم أنه غائر جدا الاسطحي ومن النادر  
ان تكون نوب الالم قاصرة على بعض فروع قليلة من عصب واحد بل الغالب  
ان تعم جملة فروع من جذع غايظ لكن يندر ان يكون هذا الالم عاما لجميع فروع  
جذع واحد ومن المستغرب جدا ان الالم العصبي كثير اما يمتد وينتقل من فروع  
عصب الى عصب آخر منشاءه مغاير للاول وكان يلزمنا طبقا للناموس توصيل  
التيار العصبي المنعزل ان لا يتصور حصول هذا الامر الا في الاعضاء  
العصبية المركزية بواسطة العقد العصبية غير ان المشاهدة تدل على ان الالم  
العصبي كثيرا ما يمتد من فروع عصب دماغى كالعصب التوامى الثلاثى الى

فرع عصبي نخاعي شوكي كالعصب القمحمودي فهذه المثابة يتعسر علينا  
التوجيه فحينئذ نقتصر على مجرد ذكر هذا الامر الغريب ولا يندران تشاهد  
اضطرابات في الدورة والتغذية والافراز في الاجزاء المتوزع فيها العصب  
المصاب بالالم العصبي بدون ان يمكننا معرفة الكيفية التي بها ينتقل التنبيه  
المرضى من الاعصاب الحساسة الى الاعصاب الوعائية فيشاهد في ابتداء  
نوبة الالم ان لون الجلد يصير باهتا ثم يجمد وقت ارتقاء النوبة ويزداد الافراز  
كافراز الغشاء المخاطي الانفي والمخيمى والدمعي واللعاب ومن هذا القبيل  
أيضا ظهور طفح اكرتياوى على الجلد كالطفح المنطقي الذي يشاهد في  
بعض احوال الالم العصبي بين الاضلاع (المسمى بالهربس المنطقي) وكذا  
الضهور العضلي أو الاستحالة النحومية في عضلات الاجزاء المصاب عصبها  
بالم عصبي مزمن ومن النادر ان يمتد التهيج العصبي المرضى من الاعصاب  
الحساسة في الآلام العصبية الى الاعصاب المحركة بواسطة العقد العصبية  
ولذا ينبغي الاحتراس من اعتبار الحركات التقلصية كظواهر  
انعكاسية

ثم ان سير الآلام العصبية مزمن عادة ما عدا بعض اشكالها الناتجة عن  
تأثير التسمم الاجامى ولا يكاد يكون منتظما على الدوام بل يشاهد فيه  
بعض النظر عن النوب والفترات المخطاط احيانا وثوران احيانا نأخر  
فتتكرر نوب الآلام تارة بكثرة وتصل الى درجة عظيمة من الشدة وتارة يقل  
تكررها وتضعف شدتها وتردد نوب الآلام لا يظهر طرزا منتظما الا في  
الاحوال التي يكون فيها الالم العصبي ناتجا عن التسمم الاجامى أعنى في  
الاحوال المهمة بالحيمات الممتقطة المبرقعة واما في احوال اخرى فان الطرز  
لا يكون منتظما وكذا نوب الآلام لا تحصل حصولا ذاتيا أعنى بدون سبب  
واضح بل تحصل بمؤثرات مختلفة معلومة فن ذلك تهيج الجلد في محل توزع  
العصب المريض بواسطة الضغط والدلك أو البرد أو الحرارة عليه ونحو ذلك  
وكثيرا ما يظهر ان لمس الجلد بخفة ينتج عنه نوب آلام شديدة بخلاف الضغط  
الشديد عليه وكذا حركات الاجزاء التي هي مجلس للآلام كالضغ في احوال  
الالم العصبي للتوأحي السلائي والمشي في احوال الالم العصبي للعصب الوركي

وتحس والسمال والعطاس في أحوال الألم العصبي للعصب بين الاضلاع  
 كثير اما تحدث نوب آلام وللانفـعال النفسانية تأثير مماثل لذلك  
 ثم ان مدة كل نوبة لم تستمر بعض ثوان غير ان هذه النوب القصيرة تترد جملة  
 مرات في ظرف دقيقة أو جملة دقائق ثم تترك المريض ويبقى مصاناً منها  
 زمناً كثيراً الطول أو قليله بحيث يقال في الحقيقة انه يحصل مدة سير  
 الآلام العصبية نوب طويلة متجمعة من عدة نوب قصيرة جداً وحيث اننا  
 مجبورون على ان نتصور ان التأثير المهيج الواقع على العصب الناشئ عنه  
 الألم مؤثر بكيفية مستمرة فالفترات السكائنة بين نوب الألم وبعضها التي  
 تشاهد مدة سير الآلام العصبية غير واضحة التوجيه فنقتصر في توجيهها  
 على الظاهرة الفسيولوجية المعروفة من ان تهيج عصب ما يهيج شديداً ينتج  
 عنه انقطاع قابلية تشبيه هذا العصب مدة ما من الزمن فعلى ذلك تتعاقب في  
 الآلام العصبية حالة التهيج الشديد مع حالة انطفاء قابلية التشبيه العصبي  
 ويؤيد هذا ما يشاهد من انه بعد نوب آلام شديدة جداً تصير الانتهاءات  
 الدائرية للعصب المريض ضعيفة الاحساس زمنياً أو فاقدة له بالكتابة بحيث  
 لاتتأثر من المهيجات الظاهرة ومن أنه بواسطة الضغط الشديد على الاصفار  
 المؤلمة يمكن احداث نوبة ألم عصبي شديد وبتكرار الضغط بعدها لاتحصل  
 هذه النوبة

ثم ان مدة الألم العصبي يمكن ان تستمر مدة سنين والانتفاء بالشفاء قليل  
 الا في أحوال الألم العصبي الناتج عن التسمم الاجامى والروماتزمى وكذا  
 الانتفاء بفقد الحساسية العصبية التي كان حقه ان يكون كثيراً الحصول  
 بسبب دوام تأثير السبب المهيج على العصب واستمراره نادراً أيضاً وفي كثير  
 من الاحوال يبقى الألم العصبي على حالة واحدة ويستمر الى الممات غير ان  
 هذا الانتفاء المخزن لا يحصل من الألم العصبي نفسه بل من مضاعفات أخرى  
 تطرأ على المريض او من الاستحالات المرضية الناشئة عنها الألم العصبي

#### المعالجة

المعالجة السببية تستمدعى في الاحوال التي فيها يكون الألم العصبي ناتجاً عن  
 ضغط أو جذب نشأ عن اجسام غريبة أو ورم أو ندبة التهابية منه كمشة

تستدعى وسائط جراحية والاحوال التي فيها الالم العصبي لا يزول احيانا  
 عقب ازالة الجسم الغريب أو استئصال الورم الكائن بقرب العصب لانهما  
 من اجراء تلك الوسائط فانه لا يمكننا قبل فعل العملية معرفة كون  
 الالم العصبي صار اعتياديا أعني ان السبب المضر الذي أثر على العصب هل  
 احدث فيه اضطرابا مرضيا مستمرا لا يزول بعد زواله أم لا وفي احوال الآلام  
 العصبية الروماتزمية الناتجة عن احتقان وأوذما في الغمد العصبي كما ذكرنا  
 تستدعى المعالجة السببية المصرفات في الجلد كالمفطحات أو المقص أو الحديد  
 المحمي وأما الجواهر الدوائية المضادة للروماتزم التي تستعمل من الباطن  
 في احوال الآلام العصبية الروماتزمية فيندران ينتج عنها نجاح ما عدا  
 الحمامات الفاترة الصغاعية أو الطبيعية المنتظمة كحمام ولد باد وباد باد  
 ووسباد فانه ينتج عنها نجاح عظيم وأما في احوال الآلام العصبية الاجامية  
 ذات الطرز المنتظم الممتنع فيحصل فيها استعمال المركبات الكيمنية  
 المضادة للتسمم الاجامى نجاح عظيم جدا وأما الآلام العصبية الناتجة عن  
 التسمم بالمركبات النحاسية أو الزئبقية أو الرصاصية فاجود ما يستعمل فيها  
 مع النجاح الحمامات الكبرى وتعالى المركبات السكرية من الباطن  
 وبالجملة فان المعالجة السببية تستدعى مضاربة الاستعداد البني الناتج عنه  
 الالم العصبي وحيث نعلم ان هذا الاستعداد كثير اما ينتج عن حالة انماوية  
 فان غالب ان للصناعة قوة تامة ومدخل عظيم في مقاومة هذا الاستعداد  
 ولا ينبغي القول بان كربونات الحديد جوهر نوعى مضاد للآلام العصبية غير  
 انه اذا كان فقرا للدم هو السبب القوي في منشأ الالم العصبي فلكربونات  
 الحديد وغيرهما من المركبات الحديدية منفعة تامة وبهذه الكيفية يكون  
 للطرق العلاجية المنوعة للتغذية والمحنة تأثير كاف

وأما معالجة الالم العصبي نفسه فانها تستدعى في الاحوال التي فيها لا يمكن  
 تبعيد السبب الناتج عنه الالم العصبي اما تعادل الاضطراب الغذائى الناشئ  
 هو عنه ازالة قابلية تنبيه العصب المرضى أو منع توصيل التنبيه المرضى  
 الى الدماغ  
 وأقوى الوسائط العلاجية التي بها يمكن الحصول على الغاية الاولى

استعمال الكهر بائية سواء كان بواسطة التيار المتقطع أو المستمر اذ بهما  
يمكن الحصول على نجاح عظيم وقد تكررت المشاهدات والتجارب بهذه  
الواسطة العلاجية في معالجة الآلام العصبية ولقد كرم تحصل التجارب  
التي فعلت بهذه الطريقة العلاجية مع الاجاز فنقول

أولاً - انه في معالجة الآلام العصبية بواسطة التيار المتقطع أجد ما يتم عمل  
من الموصلات المعدنية ما يسمى بالفريشة الكهر بائية وذلك بان يمس بها على  
مسير العصب المر يض في أثناء اعطاء الموصل الآخري يد المر يض بعد وضع  
اسفنجية مبتلة فيه أو وضعه على صفر اخر من الجسم وفي أثناء المس بالفريشة  
على مسير العصب المر يض ينبغي التأثير بهاز مناطول على الاصفار  
المؤلمة (وهذا ما يسمى بالمقص الكهر بائية)

ثانياً - ان كثير من الآلام العصبية التي عولجت بالوسائط العلاجية  
المختلفة بدون فرة يمكن ان تشفى بعد استعمال التيار الكهر بائي المتقطع  
بهذه الكيفية بتكرار الاستعمال من اثنتي عشر الى عشرين مرة في كل يوم  
أو يومين مرة واحدة وقد تشفى باقل من ذلك شفاء تاما وفي أحوال أخرى قد  
لا يحصل أدنى تأثير ولا شفاء

ثالثاً - انه يمكن الحكم من ابتداء هذه المعالجة على الشفاء بواسطة التيار  
المتقطع أو عدمه من أول استعمال فان التحسين أو الشفاء لا يحصل الا في  
الاحوال التي فيها تناقص الآلام حالاً بعد أول استعمال كهر بائي ولو مدة  
قليلة من الزمن أو التي فيها يكون التحسين واضحاً أو تاماً وأما الاحوال التي  
فيها لا يحصل هذا التأثير حالاً بعد استعمال التيار الكهر بائي فلا يتعشم  
في شفائها وحينئذ فالاستمرار على المعالجة غير مفيد

ثم ان استعمال التيار الكهر بائي المتقطع بهذه الكيفية مؤلم للغاية ولذا  
لا تتجر المرضى على استعماله الا بعد التأكد من تأثيره الجيد بتجار بها  
الشخصية فتستمر مع الجلد والصبر على استعماله ولو كان مؤلماً وكانت  
تشنجاً وتصبح وقت استعماله ويظهر في محل تأثير التيار الكهر بائي احمرار  
وارتها في الجلد يستمر زمناً طويلاً ولا تتعرض هنا للتأثير الذي يحصل به  
الشفاء من التيار الكهر بائي المتقطع وان كان مثل الكي الخطي الذي

مدحه الطيب والسكس (وهي طريقة العرب) او غيره من المصرفات  
 والمهيجات الجلدية أعني ناتجاً عن التحويل على الجلد أم يحصل بكيفية أخرى  
 وأقوى من ذلك تأثيراً في معالجة الآلام العصبية استعمال التيار  
 الكهر بائي المستمر اذ توجد أحوال لا يحصل فيها على فائدة من التيار  
 المنقطع تشفى ولا بد بالتيار المستمر وأما العكس فلم يشاهد وينبغي وضع  
 القطبين على مسير العصب المريض وانما يوضع القطب الحار صدى بدون  
 الالتفات لاتجاه التيار الكهر بائي على الجزء الاكثر ايلاماً من العصب  
 أو على الاجزاء التي فيها يصير العصب المريض سطحياً كالثقب تحت الحاج  
 أو فوقه أو الثقب الزوجي الوجهي أو الشرم الوركي وان تيسر كما في الشدق أو  
 الانف أخذ العصب بين القطبين وجب ذلك بأن يدخل أحدهما في الانف  
 أو الفم الى الصفر الذي يخبر المريض بأن الالم يتشع منه وبوضع القطب  
 الآخر على الصفر المقابل له من الجلد الظاهر واستعمال التيار الكهر بائي  
 المستمر لا يكون في الابتداء كثير الايلام لكن عما قبل يحس المريض بالحمق  
 ناخس يزداد شيئاً و شيئاً وعندما يكون عدد الأزواج الكهر بائية المستعملة  
 عظيم يرتقى الى درجة غير مطاقه وتغيرات الجلد التي يحدثها التيار  
 الكهر بائي المستمر في محل تأثيره عظيمة جداً متى استمر تأثير القطبين زمناً  
 طويلاً وهي أعظم من التغيرات التي تنتج عن استعمال التيار الكهر بائي  
 المنقطع وليست مثلها عبارة عن احمرار وارتها فقط بل هي عبارة عن  
 انتفاخ عظيم في الجلد وازدياد في حجم الأجزاء الكائنة أسفل منه  
 وظهور حلمات أو تعقدات عليه يتخشك سطحها الظاهر عند استمرار  
 التأثير وكون التغيرات المذكورة لا توجد في محل تأثير التيار الكهر بائي  
 المستمر بل تحصل كذلك في الاجزاء العميقة يتضح مما ذكرناه من ازدياد  
 حجم المنسوجات الكائنة أسفل الجلد والعضلات التي أسفل منه أيضاً بل  
 ويتضح كذلك من التجارب المفيدة المهمة عند توجيه تأثير التيار الكهر بائي  
 المستمر في الآلام العصبية وغيرها من الامراض العصبية وبعض امراض  
 العضلات والمفاصل فانه مثلاً بوضع الجهتين الانسيبتين من الساعدين فوق  
 بعضهما متصلتين ووضع القطبين الموصليين على الجهتين الوحشيتين لا يحمر

فقط الصفران الموضوع عليهما القطبان بل كذلك الصفران المقابلان لهما  
 من الجهتين الانسيبتين وفي العادة يحصل عقب استعمال التيار المستمر حالا  
 راحة كما يحصل عقب المتقطع لكن احيانا يترقى الالم ابتداء بدون ان يمنعنا  
 ذلك من استمرار المعالجة ويظهر لي ان التأثير الشافي للتيار المستمر في اغلب  
 الامراض العصبية يوجهه بكون الدورة والتبادل العنصرى في الاعصاب  
 المرية وفي اغمادها و الاجزاء المحيطة بها تنوع بواسطة التيار الكهربي  
 بتأثيره على الاعصاب الوعائية واني متحقق من ان استعمال التيار المستمر  
 المخالف للتيار المتقطع بالنسبة لتأثيره الكهرومغناطيسي في الماء والمحلولات المحيطة  
 والزلال ونحو ذلك من اهم الامور في الطب العملي بعصرنا هذا ووجودها نجاحا  
 وانه واسطة اقوى من جميع الوسائط في تنويع تغذية الاجزاء الغائرة ويلي  
 المعالجة الكهربية في الالام العصبية استعمال الحرارة رقيق والمقص والحديد  
 المحمي والمحلولات الجلدية المراد منها التحويل على الجلد والسكى الخطي  
 السطحي على العصب ممدوح جدا في فرانسوا يعتبر من اقوى الوسائط في  
 الالام العصبية

وأما الوسائط التي يقصد بها ازالة الغاية الثانية اعني ازالة قابلية تنبيه  
 العصب المرض فمنها التبريد والمستعمل لاجل ذلك زيادة عن الوضعيات  
 الباردة والجليدية التشاغل او الدلك باليتيهر او الكور وفورم او السائل  
 الهولندي (اي كور بور الايدروجين السائل) فانها عند تطايرها تحدث تبريدا  
 عظيما جدا وكونها أجود تأثيرا من الوضعيات الباردة مبني على انها زيادة  
 عن احداثها للتبريد يستنشقه المريض فتحدث عنده درجة من الخدر  
 ومنها الدلكات على الجلد بمرهم الويراترين (من أربع قححات الى  
 عشرة على نصف أوقية من الشحم أعني من ٢ ديسجرام الى ٥ على ١٥  
 جراما من الشحم أو بمرهم) الا كونيت أي خانق الذئب بوضع قححة منه على  
 درهم من الشحم وعند استعمال مرهم الويراترين نحس المرضى بالكلان  
 مخصوص في الجلد ينتج عنه خدر في الالام احيانا وعند استعمال مرهم  
 الا كونيت بصبر الجزء الواقع عليه ذلك قليل الحساسية جدا فلا يتأثر  
 من المهيجات الظاهرة ومنها المركبات الايونية لاسيما المورفين بطريقة  
 الحقن تحت الجلد بان يوضع من ر بسع قححة منه الى قححة في جرام من الماء

ويستعمل هذا المحلول بحقنة برافازالتي تسع نحو جرام من السائل ويحقن  
بربيع هذا السائل او نصفه او اكثر على حسب طاقة المريض وشدة الآلام  
وهذه الطريقة الاخيرة تسكينها ونجاحها واضح جدا في الآلام العصبية  
حتى كادت تصير الآن عامة الاستعمال لانها من أقوى الوسائط المسكنة  
وأما العناية الثالثة في معالجة المرض نفسه فالقصد منها قطع توصيل التنبيه  
العصبي من الاعصاب المتهيجة الى الدماغ واعظم واسطة لذلك هي قطع  
العصب بين الدماغ والصفير المريض أو استئصال جزء منه وهو الاجود حيث  
ان القطع البسيط للعصب يتحمم بسهولة وعدم نجاح هذه العملية في كثير  
من الاحوال ناجح في الغالب إما عن قطع عصب غير العصب المريض أو قطع  
العصب المريض نفسه في الجزء الكائن اسفل المحل المصاب فيه اعنى في  
الطرف الدائر للصفير المريض ومما يتأسف عليه ان قطع ما يلزم من العصب  
في الصفير الضروري غير ممكن في غالب الاحوال فان السبب المضر المحدث  
للآلم كثيرا ما يؤثر على صفير من العصب لا يمكن الوصول الى اعلى منه وأما  
طريقة كى العصب لاجل قطع توصيل تنبيهه الى الدماغ فهى طريقة  
مذومة غير ناجحة وأما الضغط على العصب فهو واسطة تسكينية فقط وكذا  
الجواهر الدوائية التي يظن ان لها تأثيرا نوعيا في الآلام العصبية كالمركبات  
الزرنيفية على شكل المحلول الزرنيقى لفولير والاستحضارات الخارصينية  
لاسيما واليريانات الخارصين وايدروسيا لوزه وتترات الفضة وغيرها  
من الجواهر المعدنية والنباتية قليلة النجاح جدا فان هذه الوسائط  
العلاجية وان نجح بعضها احيانا نجاحا عظيما فليس في معظمها ثمر دائما

#### المبحث الرابع

(في الآلم العصبي التوأى الثلاثى المسمى بالتريك المثلث)

(وبالآلم الوجهى لفورترجيل)

\* كيفية الظهور والاسباب \*

العصب التوأى الثلاثى اكثر اصابة بالآلم العصبي بعد العصب الوركى  
ويوجه ذلك بان كثيرا من فروعه ينقذ من قنوات وثقوب عظمية  
ضيقه بحيث كثيرا ما يعثر بها الضغط وبأن فروعه متوزعة في اجزاء



من الجسد عاريتة ومعرضة لتأثرات الجوية والبرد والذي يؤديان فروع  
العصب التوأمي تكون كثيرة التعرض للاصابة بالآلام العصبية  
بسبب مرورها من قنوات عظمية ضيقة كما قاله المعلم هرقل ان فروع الزوج  
الخامس المار من ثقب عظمي واسع وهو الثقب الوتدي الحنكي الى  
الانف يكون مصوناً عن الاصابة بالآلم العصبي بخلاف العصب تحت الجحاج  
والعصب الوجدي والفكي العلوي والسفلي فانها كثيراً ما تصاب  
بهذا الآلم

ويندر ان يكون هذا الآلم ناتجاً عن اجسام غريبة نفذت تحت الجلد ( كقطع  
صغيرة من الزجاج) أو من تولدات مرضية غريبة تضاف على فروع العصب  
التوأمي الثلاثي عند سيرها في الوجه فتضغط عليهم أو أكثر من الاسباب  
السابقة حصولاً لوجود تغيرات في القنوات العظمية ينشأ عنها التبيح  
المرضي للاصاب المارة فيها كتفاس الجدر العظمية للقناة تحت الجحاج  
او ورم عظمي في جذور الاسنان كما في الآلم العصبي للعصب الفكي السفلي  
وكثخن وتكاثر في عظام الجمجمة مع ضيق في ثقوبها وكالتهاب العظام  
وانتفاخها وفي أحوال أخرى وجد ان الآلم العصبي التوأمي الثلاثي ناتج عن  
أورام او نورزماوية وتولدات جديدة وثخن في الام الجافية أو أورام عظمية  
داخل الجمجمة تضغط على جذع هذا العصب وتحدث في فروعه آلام عصبية  
منتشرة ولا يوجد في تاريخ الطب مشاهدات تؤيد منشأ هذا الآلم منشأ  
من كزياً وهناك حالة فقط ذكرها الشهير رومبرج فيها استمر الآلم العصبي  
ستاً وعشر بن سنة وعند فعل الصقات التشريرية وجدت بورة مرضية في  
القنطرة الدماغية الأمامية مع هذا وجد في الجثة أيضاً ورم نورزماوي في  
الشريان السباتي ضاغط على جذع العصب التوأمي الثلاثي فكان هذا  
الورم في حد ذاته كافياً في توجيه الآلم العصبي

والغالب أن لا توجد تغيرات مادية مدركة محدثة لهذا الآلم العصبي ومن  
القريب بالعقل جدا ان هذا المرض في مثل هذه الاحوال يكون ناتجاً عن  
تأثير البرد الذي يؤدي لحصول احتقان وارتشاح أو ذيما وبين في الغمد  
العصبي يزولان بعد الموت وأما حصول التيك المؤلم المظنون بانه ناتج عن

تأثير داء النقرس أو ليمواسير أو عن انقطاع العرق أو الطفحات الجلدية  
انقطاعا جفائيا فشكوك فيه وأما حصول هذا الألم بواسطة التسمم الاجامى  
فأكثر من غيره من جميع الآلام العصبية

وقد ثبت بقوائم تعداد المشاهدات المرضية ان هذا الألم العصبى نادر فى سن  
الطفولية وان أكثر حصوله من سن الثلاثين الى الخمسين وانه يصيب النساء  
أكثر من الرجال

### بعض الاعراض والسير

من المعلوم ان الآلام التى تعترى المريض المصاب بهذا الألم العصبى  
تكون أكثر انتشارا كلما كان الفرع العصبى المصاب المؤثر عليه السبب  
المرضى المحيى للآلام أكثر غلظا والعكس بالعكس بمعنى ان اقتصار الألم على  
جزء صغير يدل على ان الفرع العصبى المصاب دقيق جدا وحيث ان الفروع  
العصبية لكل عصب تكون أكثر عددا كلما كان العصب المصاب أقرب من  
منشأته المركزى وأقل عددا اذا كان هذا العصب قريبا من سطح الجسم  
ينضح بسهولة ان سبب الألم العصبى يكون دائريا متى كان الألم  
قليل الانتشار ومركزيا متى كان كثيرا بحيث يكون السبب المؤثر  
فى نفس الجهة وفى الحقيقة يشاهد فى الآلام العصبية الناشئة عن  
ضغط واقع على جذع الزوج الخامس آلام فى جميع الاجزاء المتوزعة  
فيها الفرع الحساس لهذا العصب فتشاهد آلام فى الجهة المقدمية  
للأذن وجلد الجبهة والصدغين والوجه وباطن العين والانف والهاة وجسم  
اللسان وقبوة الحنك والاسنان بل والظاهر فى الام الجافية أيضا ويوجد  
فى هذا الألم جملة اصفار مؤلمة ذكرها المعلم والكس لى كنهنا لانتبه الاعلى  
ثلاثة منها وهو الصفر المثلث الموازى للثقب فوق الخجاج وفوهة الثقب  
تحت الخجاج والثقب الذقنى ثم ان كان مجلس الألم العصبى الفرع الاول  
للتوأحى الثلاثى كان تشمع الألم فى تفرعات العصب فوق الخجاج وكان مجلسه  
فى الجبهة والحاجبين والجفن العلوى ويندر ان يحس بالألم فى باطن العين عقب  
اشتراك الفرع تحت الخجاج وفى الزاوية الانسية للعين والجمجمة الدمعية وبوجه  
بالفرع الحساس من الفرع الاول لهذا الزوج المتوزعة فى الغدة الدمعية

والمتممة كل من الافراز الدمعي الغزير واحمرار المتممة الذي يكاد يشاهد على الدوام في الالم العصبي من هذا العصب سيما عند انحطاط نوب الالم - وان كان الفرع الثاني من التوأمة الثلاثي مجلس الالم كان ثوران الالم واشتداده في الاجزاء المتوزع فيها العصب تحت الحجاج أعنى في الجفن السفلي وجناحي الانف والشفة العليا والصف الاعلى من الاسنان وفي هذا تصطبغ نوب الآلام احيانا بافراماني أو مخاطي من الغشاء المخاطي الانفي وأما الالم العصبي للفرع الثالث من هذا العصب فنادر لاسيما في العصب الاذني الصدغي واللساني وأكثر من ذلك حصولا مشاهدة الالم العصبي في العصب السنخي السفلي لاسيما في تفرعات العصب الذقني بعد دخوله من الثقب الذقني وحينئذ تكون الآلام منتشرة في الذقن والشفة السفلي وكثيرا ما يكون الالم العصبي في الفرع الثالث من هذا العصب مصحوبا بتلعب وهذه الظاهرة تطابق تجارب المعلوم لوديج مطابقة تامة - وحيانا يكون مجلس الالم العصبي في تفرعات الفرع الثاني والثالث من العصب التوأمة الثلاثي المصاحبة لتفرعات العصب الوجهي وبذلك يتضح ما كان يظن سابقا من ان مجلس هذا الالم العصب الوجهي حتى مهي به

وتتشكى المرضى في الالم العصبي الوجهي كغيره من الآلام العصبية اما بالأمم مستمر يكون مجلسه بعض اصفار العصب التوأمة الثلاثي وتارة بنوب آلام مهولة ناخسة تنتشر بسرعة صاعقة صاعقة أو نازلة تنقطع فجأة بعد نصف دقيقة او دقيقة ثم تتردد ثانية حتى تزول النوبة المتكونة من جملة ثورات مؤلمة صغيرة (وهذا هو السبب في تسميته بالتيك) وفي أثناء النوبة قد يحصل اختلاج في الوجه لكن الغالب ان لا يكون غير ارادي فان القسيس بارتيس الذي شرح الالم العصبي وكان مصابا به ذكر مع الايضاح انه كان يمكنه التماهي على الخطبة في أثناء النوبة ونوب هذا الالم تظهر تارة ظهورا ذاتيا بطرغ غير منتظم ماعدا الالم العصبي الناشئ عن تأثير التصعدات الاجبية وتارة تنشأ عن بعض المؤثرات كما ذكرنا ذلك في المبحث السابق سيما عند التكلم والعطاس والتثاؤب والسعال والتخط وتعاطي المطومات الباردة او الساخنة جدا وحيانا تعتمد

فهل حركات المضغ وفي اثناء النوم يصير الوجه مجرأ وترتقي درجة حرارته  
ويظهر نبض واضح في الشرايين وانذ كر حالة مشابهة لما ذكره الطبيب برودين  
ورومبرغ من تشوه عظيم في الوجه عقب استمرار نوب الالم العصبي زمن اطول بلا  
شاهدناها عند شخص من بلدة يقال لها مجد بورغ حصل فيها تشوه عظيم  
في الوجه سيما من انتفاخ الشفة السفلى انتفاخا عظيما عقب استمرار الالم  
العصبي الوجهي مدة سنين كما انه قد شوهد اضطرابات غذائية في الوجه  
كنخن شعر الذقن واكتسابه هيئة خشنة مثل الشوك وظهور بثورا كنيمة  
فيه عقب استمرار هذا الالم زمن اطول بلا ومدة هذا المرض لا تكاد تكون  
قصيرة الا في احوال الاصابات الاجامية المنتظمة فقط بخلاف غير هذا  
الشكل فانه يكون طويل المدة حتى انه يستغرق نصف مدة الحياة أو جميعها  
وانتهى به بالشفاء نادرا جدا فضلا عن طرور الما الخولي يافيه التي تؤدي احيانا  
لقتل المريض نفسه وزيادة على ذلك فان الموت يحصل احيانا من السبب  
الاصلي للمرض لا من المرض نفسه

### ﴿ المعالجة ﴾

ففي معالجة الالم العصبي الوجهي لا نضيف الى ما ذكرناه في معالجة الالم  
العصبي عموما الا قليلا ولا يمكن ازالة هذا الالم بسرعة عقب ازالة بعض  
الاجسام الغريبة أو استئصال بعض الاورام أو النذب الالتهابية الضاغطة  
الاقوى احوال نادرة وكذا استئصال الاسنان وقلعها يندران تنتج عنه  
فائدة عظيمة بل الغالب أن يقلع المريض سنا بعد اخرى بغير تأمل لطبيعة  
المرض بدون ان ينتج عن ذلك ادنى تحسسين في الالم وقد أوصى المعالج  
والاكس في الاحوال الحديثة الناشئة عن تأثير البرد باستعمال الحرارة بقى  
الطيارة أو الكي السطحي بالحديد المحمى وان كان ناشئا عن تمهم اجامى  
فاستعمال الكي يندار جيدا كما ينتج عنه دائما نجاح عظيم وفي الاحوال  
النادرة السقى لا يتم فيها ذلك ينبغي استعمال الصبغة الزرنيخية  
لفولير (من أربع نقط الى ستة كل ثلاث ساعات) وعند وجود انيميا واضحة  
تعطى المركبات الحديدية وأمانى الاحوال التي فيها يظن بوجود اضطراب  
بني آخر مجهول الطبيعة فينبغى استعمال المياه والحمامات المعدنية المنوعة

وأما استعمال الكهر بائمة والتبريد والمسكنات كالكونيت  
 (أى خانق الذئب) والمورفين خصوصا بالحقن تحت الجلد فيقال فيه مثل  
 ما قيل في الكلام على معالجة الألم العصبي عموما فقد تسرى شفاء حالتين  
 مستعصمتين من هذا المرض أحدهما استمرت نحو الثلاثين سنة  
 والثانية نحو الاحدى عشر سنة ولومع اجراء عمليات ثقيلة جدا كربط  
 الشرايين السباتية وحلق الفك العلوى ونحو ذلك بواسطة التيار الكهر بائى  
 المستقر - وفي الواقع ثبت بالتجارب فى العصر المستجد ان الكهر بائمة  
 أقوى جميع الطرق العلاجية فى الألم العصبي الوجهى بل وخلافه من الآلام  
 العصبية واستعمال التيار الكهر بائى المنقطع على الجذوع العصبية المؤلمة  
 بدون واسطة ينبغي ان يكون بخفة لشدة حساسية جلد الوجه وأجود من ذلك  
 وأقوى تأثيرا استعمال التيار المستقر من ٥ أزواج الى ٣٠ مع ملاحظة  
 ما ذكرناه فى المعالجة العامة بالنسبة لوضع الموصلات وتسيط التيار الكهر بائى  
 المستقر على العصب المريض ولم تفعل عملية القطع العصبي أو استئصال  
 قطعة من العصب فى شكل من الامراض العصبية بكثرة مثل ما فعلت فى  
 المرض الذى نحن بصدده ثم بعد ان صار ذم هذه العملية مدّة طويلة من الزمن  
 حتى كادت تترسّسدى اثبت المعلم برونس بالفحص الجيد عن جميع  
 الاحوال التى صار فيها اجراء هذه العملية انه يوجد عدة أحوال فيها عقب  
 القطع العصبي نجاح مستقر تام أو نجاح وقتى استمر بعض اشهر بل بعض  
 سنين وذلك بعد اخراج جميع الاحوال التى كان فيها اجراء العملية مبنيا على  
 خطأ فى التشخيص أو فى اجراء العملية وكذا بعد اخراج جميع الاحوال  
 التى فيها رجوع الألم العصبي لا يعتبر نكسة بل اصابة جديدة ودلالات  
 هذه العملية تبع المعلم برونس هى أن يكون مجلس الألم قاصر على جزء ثابت  
 محدود يمكن الحكم به بالنقر على السبب المحدث للألم فى جزءه  
 يمكن الوصول الى خلفه بالالة القاطعة وكانت بقية جميع الطرق العلاجية  
 الاخرى عديمة النجاح ويعسر على المريض التفرغ لاشغاله من شدة الألم  
 وكذا من دلالات اجراء قطع العصب الاحوال التى نوب الألام فيها التحصل  
 حصولا ذاتيا بل عقب مؤثرات ظاهرة تؤثر على الانتهاآت الدائرية

للعصب وان لم يتعمم فيها وكذا الضغط الوقتي على العصب المريض  
 والاعوية الدموية الواردة بالدم اليه قد ثبت نجاحه نجاحا تسكينيا في بعض  
 الاحوال فيستحق الايصاء به في الاحوال الالاثقة لذلك - والمعلم رومبرغ  
 يمدح من الادوية المعروفة بالنوعية الزرنيج بكثرة فانه قد شاهد باسـتعماله  
 خصوصا في الاحوال التي فيها يظهر الالم العصبي الوجهي عند النساء  
 الاستيريات المصابت باصراض في اعضاء التناسل نجاحا عظيما سريرا وكاما  
 كانت الحالة الانمائية في المرضى أكثر وضوحا كان النجاح اقرب وآكد  
 كما شاهد أيضا من استعمال تترات الفضة بمقدار عظيم أعنى ستة سنتي غرام  
 (أى قمحة) نجاحا وقتيا - وذ كر كل من المعلم بيل وستون انه شاهد من  
 استعمال زيت حب الملوك من الباطن مع خلاصة الحنظل المركبة نجاحا  
 عظيما جدا وكان ذلك رمية من غير رام ومن جملة المسكنات الممدوحة  
 واشتر في هذا المرض زيادة على مركبات الايون والبالادونا والداورا  
 والكونيوم وغيرها من النباتات المخدرة محبوب ميغيلين (المركبة من  
 أجزاء متساوية من خلاصة البنج وزهر الخارصين) فيبتدأ التعاطي بحبة  
 منها وهي مشتملة على ديمجرام واحد (اى قمحتين) من هذين الجوهرين  
 صباحا ومساء ثم يزداد في مقدار التعاطي حتى يصل الى ٢٠ أو الى ٣٠  
 وبالنسبة لتأثير حمض الصوف صافيك في الالم العصبي الوجهي وغيره من  
 الالام العصبية ليس عندنا تجارب كافية وأقوى الوسائط المسكنة  
 وقتيا عند الالام الشديدة الاستنشاق بالكوروفورم أو الاثير حتى يحصل  
 تخدير خفيف وكذا الحقن بالمورفين تحت الجلد اما في الصدغ أو العنق  
 والظاهر ان الحقن ليس له فقط تأثير تسكينى في الاحوال الخفيفة بل شفاء  
 تام حتى ان ايلن برج ذ كر حصول شفاء في نحو الربع من السبعين حالة  
 عالجه بالحقن بالمورفين خاصة

### بحث الخامس

(في الصداع المعروف بالشقيقة وبالالم الذاتي في الرأس)

مجموع الاعراض المعبر عنه بالصداع غير واضح بالكلية فاعتباره من جملة  
 الالام العصبية كما جرت به العادة يحتمل ان يكون من قبيل الشك والتوهم

والذي اوجب الاطباء لذلك هو ظهور الالم غالباً في جهة واحدة من الرأس  
الذي هو السبب في تسمية هذا المرض بالشقيقة والنوب التي تشاهد في اثناء  
سيره مع الفترات التالية لها وعدم وجود تغيرات تشريحية له لكن اذا اعتبرنا  
بالدقة سير هذا المرض عموماً وسير بعض نوبه لوجدنا ان هذا الاعتبار ليس  
قرين الصحة بالكلية فانه لا يوجد مرض عصبي يبتدئ مثله في سن  
الطفولية ويمتد الى أقصى العمر وفي اثناء السن المتأخر من الحياة  
لا تظهر نوبه في كل سنة الا في بعض أيام قلائل مع تعاقب في شدة الالم  
أو تناقصه لظهوره وزواله بكيفية فجائية كما هي عادة الالم العصبية  
ومن المشكوك فيه أيضاً ان كان مجلس الالم الواصف لهذا المرض  
ناشئاً عن تقيبه في الالياف الحساسة من العصب التوأى الثلاثي للام  
الجافية أو من الالياف العصبية السمبالتوية التي تصاحب الاوعية الدموية  
أو من الدماغ نفسه وزعم دواريموندان الظواهر المرضية في الصداع تنتج  
عن تشنج في فروع العظام السنبالتوية العنقي والشرابين وسمى هذا  
الشكل بالصداع السنبالتوي التشنجي وأما المعلم مولان دورف فيعتبر ذلك  
نتيجة لضعف في الحالة العصبية للفروع العصبية الوعائية المتوزعة في  
الشرابين السباتية وتفرعاتها واسترخاء جدرانها وسمى هذا الشكل  
بالصداع الشللي العصبى الوعائى فينبغى على ذلك ان الشكل الاول يعوق  
وصول الدم الشريانى الى الدماغ فيحدث انيمياه والثانى ينهبى عليه توارد  
الدم الشريانى بكثره نحو الدماغ فيحدث احتقانه ومن المعالوم ان كلام  
انيميا الدماغ واحتقانه كثير مما يحدث ظواهر دماغية مشابهة لبعضها  
وشكل الصداع السنبالتوى أو اقوى يتصف بكون الشرايين الصدغية  
للجهة المريضة في أثناء النوبة صلبة متوترة والوجه باهتا باردا والعين في  
هذه الجهة هابطة والحدقة متمددة وأما شكل الصداع العصبى الوعائى  
الشللى المصحوب بتوارد دموى شريانى نحو الرأس فيتنصف باحمرار الوجه  
والاذن في الجهة المريضة وارتفاع حرارتها مع تمدد الشرايين الصدغية بل  
والسباتية وزيادة نبضها وتندى الوجه بالعرق في الجهة المريضة احيانا ومع  
تمدد في الحدقة كثيراً أو قليلاً واحمرار الملتحمة واحتقان باطنى في العين

ثم ان هذا الداء مرض كثير الحصول جدا حتى ان كل طبيب مارس الاشتغال  
 بالطب العملي يشاهد عدة احوال تستمر جملة سنين بدون الحصول على فائدة  
 عظيمة من صناعته و يشاهد هذا المرض عند كل من الذكور والاناث الا  
 انه أكثر مشاهدة في النساء وهذا المرض وان عدم من أمراض الاغنياء  
 الا انه يشاهد أيضا في الفقراء و يكون اذذاك متعبا للغاية حيث لا  
 قدرة لهم على صيانة أنفسهم وفي غالب الاحوال يكون ابتداءه  
 عند الذكور في سن المراهقة وعند معظم النساء يكون حصول النوب  
 في اثناء زمن الطمث أو قبله بقليل وعند آخر بن من المرضى تحصل النوب  
 بدون شك عقب الانفجالات النفسية ونحوها وكثيرا ما يشاهد حصول نوب  
 هذا المرض عند المصابين به عقب المكث في المجامع أو نحو المنسزحات  
 والملاعب

ثم ان حصول النوبة يكون بالكيفية الآتية وهو أن المرضى بعد ان تكون  
 متمتعة بتمام الصحة قبله تحس عند الاستيقاظ من النوم أو بعده بقليل  
 بالاعراض السابقة للنوبة أو بابتدائها فتحس بمبوط عام واسترخاء مع كآبة  
 وبقشعريرة وميل للتثاؤب وفقد في الشهية غالباً مع تعجب الفم ثم ينضم لذلك  
 ألم في الرأس يكون غالباً قاصراً على جهة منه ويشتد جداً بسرعة حتى يصير  
 غير مطاق فيضطرب المريض للمكث في فراشه من التوتر والالم الحاصل في  
 الرأس وتكون المرضى كثيرة التأثر من الضوء والالغظ فلذا يلتمزون المكث  
 في الاود المظلمة مع العزلة عن الناس وتسام أنفسهم من عيادة احد لهم  
 حتى الطبيب - والنبض يكون غالباً بطيئاً وعند ارتقاء درجة نوب الالم  
 يحصل عند بعض المرضى في اثناء كل نوبة غثيان وفيه ينقذف به من المعدة  
 سائل من الطعام مخضر اللون وبعض المرضى الذين يحصل عندهم نوب كثيرة  
 في هذا المرض يمتنى حصول هذا القيء بل يجتهد احياناً في احدائه بدغدغة  
 الحلق بنحو ريشة وعند اقبال المساء يحصل النوم غالباً وفي العادة تستيقظ  
 المرضى في الصباح في حالة صحة بدون ألم غير انها تكون متمتعة بقدرة في نفسها  
 وهذا المرض لا يهدد الحياة مطلقاً لكن من النادر ان يتخلص المرضى من  
 اسره بالكيفية ولوان النوب تنعاقب احياناً ببطء و احياناً بسرعة وانما عند



بعض النساء خصوصاً من كان منهن مصاباً بنوب هذا المرض مدّة من الطمث  
يشاهدن واله بالسكوية عند دخولهن في سن اليأس وانقطاع الطمث بالسكوية

﴿ المعالجة ﴾

ذكر المعلم وستون انه باستعمال قدرار بسبع نقط أوسمة من السائل  
الزرنيجي للمعلم فولير ثلاث مرات في النهار وأربعة مع ملاحظة حالة النساء  
الخصية يحصل شفاء في معظم الاحوال اعني في تسعة أحوال من عشرة لكن  
هذا القول منفرد في الطب العملي وأكثر الاطباء يذكرون هذا المرض  
يستعصى عن المعالجة في معظم الاحوال حتى ان كثيراً من المرضى لا يندب  
الطبيب لذلك لتأكده من عدم الفائدة في المعالجة لكن ذلك من جهة أخرى  
لم يجمل عن المبالغة فان الطب العملي في العصر المستجد قد استيقظ بالمعالجة  
هذا المرض والتجارب الشخصية دلت المرضى على انهم يتجنبون الاسباب  
المعيّنة على طرقات الوب وانهم بالاقول عند حصول نوب ثقيلة يقون أنفسهم  
في محل خال من الضوء والاعط مع تجنب المشاق الجسمية والعقلية والاعذية  
ومن جملة الوسائط الموصى بها بكثرة في هذا المرض ماله تأثير محقق أقله مدة  
ما من الزمن في تبعيد النوب وتلطيفها كالمونيات القهوين (بان يعطى منه  
من ٣ سنجرام الى ٥ في مدة الفترات جملة مرات في النهار والاجود تبعاً  
لايلن برغ ان يعطى منه مقدار عظيم مدة النوبة من ٦ سنجرام الى ١٢  
ومتوقع ابن قبل التحميص وبعد التجروس يعطى منه صباحاً ومساءً وكذا  
البولينات التي تعطى على شكل عجينة چورانا والسائل الزرنيجي لغواير  
من ٤ نقط الى ٦ ثلاث مرات كل يوم وكر بونيات الحديد (عند وجود  
الانيميا) والكمينين عندما تكون النوب منتظمة الطرز تقر يساوبرومور  
البوتاسيوم - واستنشاق ازوتيت الاميل الموصى به من المعلم برجر وينبغي  
الاحتراس السام عند استنشاق هذا الجوهر الدوائي فيبتدأ على حسب  
قوله ثلاث نقط وبتقطعة واحدة على رأى ايانبورج وان كان التأثير غير كاف  
يزاد المقدار الى ست نقط أو ثمانية ويكرر الاستنشاق كل ربع ساعة وتأثير  
هذا الجوهر الدوائي الذي يحدث في الاوعية استرخاء يحدث كذلك بسرعة  
حرارة واحرار في الوجه وبهذا التأثير كما انه يحدث استرخاء في الاوعية

اوزوال تشبها بيزيل الالم وقتيما فجعل استعماله حينئذ شكل الصداع  
 المعروف بالسنباتوى التشبهي وكذا قد اوصى ايلنبورج باستعمال خلاصة  
 الجويدار المائية أى الجويدارين (من ستة ديسيجرام الى تسعة كل يوم على  
 شكل حبوب) فان هذا الجوهر الدوائى له تأثير قابض على الاوعية  
 الدموية كما انه يستعمل محلولاً بالحقن تحت الجلد حينئذ يستعمل فى الشكل  
 الشلى واغلب الاطباء الخاصين بالامراض العصبية قد تحصلوا على نجاح  
 عظيم فى هذا المرض باستعمال التيار الكهربائى اما المتقطع والمستمر  
 فالاول يستعمل على هيئة الشكل المسمى بالتيار اليدى بانه يمسك المريض  
 بيده احد القطبين الموصلين والطبيب الموصل الآخر وفى أثناء ذلك  
 يضع الطبيب يده الاخرى على جهة المريض المبتلة ويسلط عليها فى أثناء  
 دقيقة بين اوجحة تيار خفيف واما الثانى فهو المستعمل الآن عادة ويؤثر به  
 على الدماغ اما فى اتجاه مستقيم أو منحرف - وأحيانا قد يتحصل على فائدة  
 عظيمة من تغيير الهواء أو من استعمال معالجة لثة بمياه الينابيع أو  
 الحمامات الطبيعية أو بالماء البارد أو بالاقامة أعلى الجبال أو بالحمامات  
 البحرية أو الحديدية انما يندران يكون النجاح مستمرا - ولاجل تسكين  
 ألم الرأس الشديد وقتيما ينبغي ربط الرأس أو وضع مائة ملهوة بالجليد عليه  
 او قطعة من القطن مبللة بالكوروفورم مع استعماله القهوه أو بعض  
 المنقوعات المعروفة وكذا الضغط على الشريان السباتى له تأثير على الالم  
 وذلك أنه فى الشكل التشبهي يزداد الالم بالضغط على شريان الجهة المريرة  
 ويتلطف بالضغط على شريان الجهة المقابلة وفى الشكل الشلى ينعكس  
 التأثير بالضغط واما المخدرات فليست ممدوحة فى أحوال الالم العصبى الذاتى  
 فان بعض الاطباء وان تحصل على نتيجة جيدة بالحقن بالمورفين تحت الجلد فى  
 الالم العصبى الذاتى للرأس الا ان ايلنبورج لم يجد من ذلك ادنى فائدة فى  
 الصداع الحقيقى

في المبحث السادس

(فى الالم العصبى العنقى القمعدوى)

اصابة الفروع العصبية الحساسة للقمعدوى والقفا والعنق الناشئة من

الفروع الاربعة الاولى العنقية نادرة جدا بالنسبة لاصابة الفروع الحساسة  
 لتوجه والاحوال المذكورة من هذا المرض غير عديدة بحيث يستنبط منها  
 معرفة اسبابه وينتج من مشاهدات المعلم (والعكس) ان ظهور هذا المرض  
 يحصل عقب تأثير البرد الشديد المستطيل وان نكساته تحصل غالباً بسدة  
 الشتاء وان سيره جيد اولا يستعصى عن المعالجة و يظهر كذلك أنه ينشأ من  
 امراض الفقرات التي تحدث ضغطاً على الجذوع العصبية عند خروجها  
 من الفتاة الفقرية ومن اتفاخ العقد الليمفاوية الغائرة للقفاز وضغطها على  
 الضفيرة العنقية والعصب القمجدوى العظيم ثم ان المرضى المصابين بهذا  
 الالم العصبي يشكون بالأم مستمر أصم قاصر على بعض الاصفار وينضم لهذا  
 الالم زماناً فزمناً نوباً لآلام ناخسة جداً تنتشر الى اتجاهات مختلفة  
 والاصفار المؤثرة في هذا الالم العصبي تبعاً للمعلم والعكس هي اولا الصفر  
 القمجدوى السكائن أسفل المؤخرى بين التتوالحمي والفقرة الاولى العنقية  
 وهذا الصفر يحاذي محل نفوذ العصب القمجدوى من العضلة المؤخرية  
 الغائرة ويظهر أسفل الجلد وثانياً الصفر العنقي السطحي الذي يوجد أعلى  
 نصف العنق بين العضلة الزاوية والقصية الترقوية الحليمية وهذا الصفر  
 يحاذي محل خروج أعظم فرع للضفيرة العنقية وصيرورته سطحيًا وثالثاً  
 الصفر الحلمي السكائن خلف التتوالحمي وهذا الصفر يحاذي محل مرور  
 كل من العصب القمجدوى الصغير والاذني العظيم ورابعاً الصفر الجداري  
 السكائن بجوار الحدية الجدارية وخامساً الصفر الاذني السكائن خلف  
 صيوان الاذن

ومن هذه الاصفار تنتشر الآلام وقت النوبة تارة جهة المؤخرى وتارة الى  
 الجهة الخلفية العليا من العنق وطوراً نحو الامام جهة الوجه واحياناً الى  
 أسفل الكتف ولا يندران يتضاعف الالم العصبي القمجدوى العنقي بالآلام  
 عصبية وجهية أو بالآلام عصبية في الضفيرة العنقية العضدية وهذه النوب  
 تظهر بطرز غير منتظم تارة بدون أسباب مسددة وتارة عقب تحريك الراس  
 أو غيره من الاسباب الواهية جداً ومن النادر أن تصل الى درجة شدة عظيمة  
 مثل الالم العصبي الوجهي كما أنه يندر جداً وجود تغيرات مادية من الاعضاء

العنقية وهذا المرض قليل الاستعصاج و قصير المدة فهو ليس مثل التيبك المؤلم

ثم ان المعالجة بعماية القطع العصبي في الالم العصبي القوي قد أدى العنقي لم تفعل بالكلية في هذا المرض وفي الاحوال الحديثة أوصى المعلم والسكس باستعمال الحرارة ببق مع التكرار باستعمال حبوب مجلين وكذا يحصل في هذا المرض على نجاح عظيم بواسطة التيار الكهر بائي المستمر انما ينبغي ان يكون خفيفا بسبب شدة حساسية المرضى واستعمال الحقن باورفين تحت الجلد اذ به تخف هذه الآلام العصبية بل تشفى احيانا

المبحث السابع

(في الالم العصبي العنقي العضدي)

يعني بهذا المرض الالم العصبي الذي يجلسه الفقر بعات الحساسية للضفيرة العضدية المتكونة من الاعصاب الاربعة الاخيرة العنقية مع العصب الاول

الظهري

وهذا الالم ينشأ دون غيره من الآلام العصبية من اسباب مدركة كجروح فقر بعات الضفيرة العضدية الدائرية للذراع او اليد عند القصد ونحوه من الآلات الواخزة والضغط الواقع على هذه الفقر بعات العصبية بواسطة كرات من الرصاص عقب جروح الاسلحة النارية أو الرض أو الأورام العصبية وكذا الضفيرة العضدية نفسها يمكن ان تعثرها اصابة عقب ضغط العقد الليفية المتفتحة للابط أو أثره التحام عظمية اعقبت كسر الضلع الاول أو أورام الورزماوية في الشريان تحت الترقوه أو في قوس الابهر وبالجملة يمكن ان يعثرها اعصاب الضفيرة العضدية اصابة مرضية حال خروجها من القناة الفقرية بواسطة تغيرات مرضية في الفقرات نفسها وتصير في حالة تهيج نشيج وهناك أحوال أخرى لا يمكن فيها معرفة حقيقة المؤثرات المهيجة التي أثرت على اعصاب الضفيرة العضدية وحدثت الالم العصبي فيها وفي مثل هذه الاحوال يعتبر هذا الالم تغيرا غير مدرك في الاعصاب عقب الاصابة الروماتمية في الغمد العصبي أو التمسب العضلي الشديد كالافراط من الشغل باليد والذراع - ومن الواجب التنبيه

عليه أيضا ان نوب الالم العصبي القلبي تصطبأ أحيانا بالام عصبية على مسير اعصاب الضفيرة العضدية واحسن ما يوجه به انتقال الالم من الاعصاب القلبية الى الاعصاب العضدية هو توسط كل من العصب القلبي العظيم والصغير حيث ان كلا من - ما ينشأ من العقدة العصبية السمبجاطية العنقية الوسطى والسفلى فانم - ما كثيرا ما يتحدان بالعصب العنقي السفلى ثم ان الالم العصبي في هذا المرض يمتد احيانا الى معظم الاعصاب الحساسة للضفيرة العضدية وفي أحوال أخرى يكون قاصرا على الابط والعضد وتارة يتبع الالم مسير العصب الزندي أو الكعبرى أو العضلى الجلدى والاصفار المئوية في هذا الالم العصبي تبعا للعلم والكس هي الصفر اسفل الابط ثم الصفر المعلوم للعصب الزندي في الجزء الكائن بين الحدة الانسية للعضد والنت والمرفق وجزء الزند الكائن أعلى راحة اليد الذي فيه يصير العصب سطحيا بالنسبة للعصب الكعبرى الجزئى من العضد الذي فيه ينعطف هذا العصب على عظم العضد والجزء الآخر جزء الطرف السفلى من النت والابرى الكعبرى الكائن أعلى قبضة اليد والالم الناخس الذي ينتشر في الاصابع الموازية يكون شديدا جدا ويتعاقب بكثرة بحيث ان الفترات التي لا تكون تامة بالكلية في هذا المرض تكون قصيرة المدة بالنسبة لغيرها من باقي الالام العصبية وهذا الالم يصطبأ بتتمل وخذرى في الاصابع بستة مران بعد النوبة وقد تحصل اضطرابات غذائية في الاجزاء المتوزعة فيها الاعصاب المريرة على شكل طفحات جلدية كالبنقجوس والانجربة أو التهابات في الاصابع وكثيرا ما توجد مضاعفة بامرض عصبية أخرى كالالام العصبية في العنق أو بين الاضلاع أو في العصب الوركى - وكل من سير هذا الالم العصبي العنقي العضدى ومدته وانتهائه يشابه غيرهم من الالام العصبية مشابهة تامة

### المعالجة

اذا كان الالم العصبي ناتجا عن اصابات جرحية كالقصد او غيره من الاصابات الجرحية اعقب عملية النطق العصبي نجاح تام سيما اذا كان هذا الالم حديثا ولم يصراعتياديا وما عدا الوسائط العلاجية المذكورة فيها

تقدم بمدح بكثرة في هذا الالم العصبي زيت الترمنتين كما سيأتي بيانه في  
 مجت الالم العصبي الوركي وكذا يظهر ان الحن تحت الجلد بواسطة محلول  
 المورفين اقوى تأثيرا من استعماله في مجال اخرى ومن الناحج جدا في هذا  
 المرض استعمال الكهربية على شكل التيار الكهربي الجواني فان  
 المعلم ارب تحصل به على نجاح عظيم وزيادة عن ذلك ينبغي في معالجة هذا  
 المرض اعتبار السبب الاصلى لاجل تجنبه أو ازالته ان اممكن ومن جملة  
 ما يستعمل ايضا في هذا المرض من الوسائط الاعتيادية الحمامات اليدوية  
 الفاترة ثم تغليف الذراع بالقطن والدلك بهم الوبر اترين جرام منه على ٢٠  
 من الشحم مع اضافة قليل من خلاصة الافيون

### بالمبحث الثامن

#### (في الالم العصبي بين الاضلاع)

هذا الالم عبارة عن تنبه مرضي في الالياف الحساسة لاحد الاعصاب الشوكية  
 او في كثير منها سيما فروعها العظيمة التي يعبر عنها بالاعصاب بين الاضلاع التي  
 تصل من المسافات العليا للاضلاع الى القص ومن السفلى منها الى الشراسيف  
 وهذا الالم كثر الالم العصبية وجود او يشاهد بكثرة في النساء وحصوله في  
 الجهة اليسرى اكثر منه في اليمنى والغالب ان يصيب المرع السادس  
 والسابع والثامن من الاعصاب بين الاضلاع وقد ذكرنا فيما تقدم التوجيه  
 الحسن العقلي الذي ذكره المعلم هنلي في هذا الخصوص بان كثرة اصابة  
 الفروع بين الاضلاع السفلى اعنى التي ينصب دمها في الوريد المنفرديل  
 على ان تمدد الشبكة الوريدية التي يكثر حصولها في هذا المحل وتضغط بسهولة  
 على الجذوع العصبية الشوكية له دخل عظيم في حصول هذا المرض -  
 وفي بعض الاحوال يعترى الاعصاب الظهرية اصابة مرضية بعد خروجها  
 من الثقوب بين الفقرات ناشئة عن تغير النهاي في الفقرات او عن تكثر في  
 الاضلاع وانتفاخ في العقد الليثفاوية وقد يحصل الالم العصبي بين الاضلاع  
 عقب زوال التهاب البلوراوى وشفائه - وقد شاهدت في ظرف سنة واحدة  
 حالتين كانتا متعلقتين بدون شك بهما هذا السبب ولا يعلم الى الان حقيقة  
 التعبيران التشرىحية التي تحصل في الغمد العصبي والاجزاء المحيطة

بالعصب مدة سير الالتهاب البلور اوى اوفى اثناء امتصاص النضج البلور اوى  
 فى كل من هاتين الحالتين ومثل ذلك يقال فى الالم العصبى بين الاضلاع  
 الذى يصاحب السل الرئوى وحيث ان هذا المرض يشاهد كذلك بكثرة عند  
 النساء الاستيريات المصابات باآفات مزمنة فى الرحم فقد وجه ذلك بامتداد  
 التريج العصبى المرضى من اعصاب الرحم الى الضفيرة العضدية بواسطة  
 التخاع الشوكى ثم ان الاصفار المؤلمة للمعلم والنكس يمكن تعيينها بسهولة  
 فى الالم العصبى بين الاضلاع أكثر من غيره من باقى الالم العصبية  
 فالصفر الاول المسمى بالصفر الفقرى يشاهد فى الجهة الخلفية للمسافة  
 بين الاضلاع وحشى النتو الشوكى بقليل أى فى موازاة محل خروج  
 العصب من الثقب بين الفقرات والصفر الثانى أى الجسائى يوجد فى  
 وسط المسافة بين الاضلاع موازيا لمحل انقسام العصب بين الاضلاع الى  
 فروع عصبية البعض منها يصير سطحيا والصفر الثالث يوجد فى محازاة  
 الاعصاب بين الاضلاع العليا قربها من القص بين العضل ريف الضلعية  
 وفى محازاة الاعصاب بين الاضلاع السفلى فى الجزء العلوى من البطن قريبا  
 من الخط المتوسط ويسمى هذا الصفر بالقصى أو بالشراسيفى وهو يوازى  
 الاجزاء التى فيها تصير الاعصاب بين الاضلاع سطحية أى جلدية وهذه  
 الاصفار المحدودة غالبا تكون عند الضغط ولو الخفيف كثيرة  
 الحساسية مؤلمة أما مستمرا بحيث تصبح المرضى عند لمسها وعادة تعرف  
 المرضى محل هذه الاصفار المؤلمة وتظن غالبا انها نتيجة لمرض حيث ان  
 الالم له مشابهة عظيمة بالالم الرضى وهذه الالم الممتدة تتزايد أيضا بحركات  
 التنفس العميقة والسعال والعطاس واحيانا بحركات الذراع بحيث يحصل  
 عن ذلك نوب آلامناخسة شديدة جدا تبتهدى عادة من الاصفار الفقرية  
 وتتشمع الى جهة الامام فى المسافات بين الاضلاع واحيانا يكون تشمعها  
 من الصفر المتوسط الى جهة الامام والخلف والضغط الخفيف فى هذه الحالة  
 يسكن الالم وقد ذكر المعلم روبرغ انه شاهد حالة فى شخص صار محل  
 الذى كان يضغط عليه باليد فوق سترته متعرياعن الوبر ومن المستغرب  
 وغير الواضح مضاعفة هذا الالم العصبى كثيرا بالطفح المنسطقى كمضاعفة

غيره من الآلام العصبية باضطرابات غذائية أخرى وسير هذا المرض غير منتظم وفي الغالب يظهر شيئاً فشيئاً ثم يزول تدريجاً بعد زمن كثير الطول أو قليله وقد يستعصي أحياناً ويستمر بجملة سنين وأجود ما يوصى به في معالجة الآلم العصبي بين الاضلاع استعمال الحرارة يبق على الاصفار المثلثة والحقن بالورفين تحت الجلد وأجود من ذلك استعمال التيار الكهربائي بنوعيه لاسيما المستمر بحيث يوضع أحد القطبين على العمود الفقري والآخر على الصفر المؤلم المتوسط أو المقدم ويكون التيار قوياً مستمر مع ملاحظة حالة البنية ومعالجة الاضطرابات الغذائية

### المبحث التاسع

(في الآلم العصبي الشدي المعروف بتبرج الشدي)

من المشكوك فيه كون مجلس الآلم العصبي الشدي الاعصاب المتوزعة في الغدة الشدية الاتية من الاعصاب بين الاضلاع أو الاعصاب تحت الترقوة المقدمية وقد وصف المعلم ومبرغ هذا الآلم العصبي موضحاً قالانه يوجد بجملة نساء خصوصاً من وقت البلوغ الى سن الثلاثين يحصل عندهن زيادة حساسية في كثير من اصفار الغدة الشدية بحيث لا يتحملن لمسها بالكلية كما أنه يحصل عندهن زمنافز من انخسات مؤلمة جداً في الشدى تشع نحو الكتف والابط والحاصرة وأحياناً يحصل في أثناء هذه النوبات في المرضى لا تستطعن الرقاد على الجهتين ويصير ثقل الشدى عندهن غير مطاق والعادة ان تترديد الآلم قبل الطمس بقليل وهذا المرض كثير ما يمتد بجملة أشهر بل وسنين بدون ان يحصل في الغدة الشدية أدنى تغير مادي وفي أحوال أخرى تظهر أورام صغيرة محدودة سهلة الحركة في الشدى من حجم العدسة الى حجم البندق وتكون منشأ الآلم (ولذا يعبر عنها بالاورام المثلثة للشدى) وهذه الاورام التي لا تنجح مطلقاً بل قد يفقد الآلم منها مع امتداد الزمن غير متكونة من جوهر الغدة الشدية بل من منسوج خساوى ولا يمكن استنباع وصول الاعصاب اليها - وأجود شيء في معالجة هذا الداء ما أوصى به المعلم كويبر من وضع مشمع على الشدى منكون من اجزاء متساوية من مشمع الصابون الطبي وخلصة البلادونا وأما المعلم ومبرغ فقد أوصى



في هذا المرض باستعمال حبوب مركبة من خلاصة الشوكران ومن خلاصة  
 رؤس الخشخاش من كل منهما واحد وسيجرام (يعني قمحتين) ومن خلاصة  
 الداتورة من ١٥ ملايجرام الى ٣ سنتجرام أعني من ربع قمحجة الى نصف  
 قمحجة وزيادة عن ذلك فقد يستعمل الحقن بالورفين تحت الجلد لاجل تسكين  
 الآلام وذكر ايلن بورغ حالة مستعصية عند شابته سنه اعشرون سنة  
 وكررها فعل الحقن نحو ثلاث سنوات ١٢٠٠ مرة مع تزايد في مقدار  
 الحقن بدون ادنى ضرر وكذا المعلم ارب ذكر حالة شفيت بالكهربائية ولي  
 الاحوال المستعصية جدا يجوز استعمال الادوية المؤلمة بل ربما يسوغ  
 استعمال الثدي بتمامه

### المبحث العاشر

#### (في الالم العصبي القطني البطني)

الالم العصبي القطني البطني عبارة عن الم يصيب الفروع العصبية الجلدية  
 الناشئة من الزوج القطني الخامس المتوزعة في الجزء السفلي من الظهر  
 والاليتين والجذر المقدمة من البطن واهضاء التناسل وفي هذا الشكل من  
 الالم العصبي يوجد على الدوام نقط مؤلمة ثابتة ينضم اليها من فترتها  
 آلام ناخسة شديدة جدا وهذه الاصفار المؤلمة هي اولاً الصفر القطني  
 وحشى الفقرة الاولى القطنية بقليل ثانياً الصفر الحرقفي السكائن أعلى  
 وسط العرف الحرقفي بقليل أعني في المحل الذي فيه يثقب العصب  
 الحرقفي الختلى العضلة المستعرضة ثالثاً الصفر الختلى أنسى الشوكة  
 الحرقفية المقدمة العليا بقليل أعني في محل ما يثقب العصب الحرقفي العاني  
 العضلة المستعرضة رابعاً اصفار أخرى في جبل الزهرة أو جلد الصفر  
 أو الشفر بين العظمين اللذين فيهما تنتمي الاعصاب الجلدية والآلام  
 الناخسة تنبش وتشمع في الاليتين عند اصابة الفروع الخلفية وفي الاجزا  
 التناسلية الظاهرة عند اصابة الفروع المقدمة وكل من سيره هذا المرض  
 وأسبابه ومعالجته يشابه الالم العصبي بين الاضلاع بالسكابة

المبحث الحادى عشر

(فى الالم العصبى الوركى المعروف بعرق النساء)

عرق النساء عبارة عن الالم العصبى الذى يصيب الاعصاب الحساسة من الضفيرة الوركية المتكونة من الزوج الرابع والخامس القطنيين ومن الزوج الاول والثانى الجعزين

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

الاعصاب المكونة للضفيرة الوركية يمكن ان يعترها اصابة وتنجيح مرضيان عند خروجها من الثقوب بين الفقرات لالعقب تسوسها أو تسرطنها - وما عدا ذلك قد يكون عرق النساء متعلقا بضغط واقع على الضفيرة الوركية فى تجاوىف الحوض كالتفاح العقد الليفافية الحوضية الكائنة خلف البريتون كما شاهدت ذلك فى امرأة مصابة بالكيمية الليفافية وبهذه الكيفية تؤثر التولدات المرضية الجديدة للحوض بضغطها على الضفيرة الوركية ومن ذلك أيضا المواد السفالية المتسكاثفة الصلبة ونوايات بعض الامار كالكرز المتجمعة فى التعريج السمنى كما شاهدت ذلك المعلم بامبرجر وكذا الرحم المتمددة بالجل سها عند انحشار رأس الطفل زمنا طويلا وفى هذه الحالة حيث كان عرق النساء كثيرا ما يتردد ويظهر ثانيا عقب زواله بعد الوضع بجملة ايام فن الجائز القول بأنه يكون اذ ذل متعلقا بالضغط الواقع على الغمد العصبى والمنسوج الخلوى المحيط بالضفيرة الوركية من المتصلات الاتهابية الناتجة عن الاتهاب الرسمى الدائرى المتجمعة فى المنسوج تحت البريتون أو المكيسة داخل البريتون - وبالجملة قد يكون ناشئا عن مهيجات أثرت على الاتهابات الدائرة للعصب الوركى ومن هذا القبيل تعدا حوال عرق النساء الناتجة عن ضغط النعل الضيق مثلا او فساد او ردة فى القدم او عن اورام نورزماوية فى الطرف السفلى او تولدات مرضية على مسير هذا العصب

ومن جملة اسباب عرق النساء التى لا تحدث تغيرات مدركة فى جوهر هذا العصب المشاق الشديدة وانقطاع العرق الاعتيادى أو بعض الطفحات الجلدية أو تآثير البرد خصوصا النوم على الارض الرطبة وهذا الاخير كثير

الحصول حتى ان ينبوع اغلب احوال هذا الداء يكون روماتر ميا فانه كثير اما  
 ينشأ عقب تأثير البرد على الجلد المعطى لهذا العصب سيما في انشاء استعمال  
 المراحيض المتسلطن فيها التيار الهوائى وحينئذ لا يستغرب من كون كل من  
 العصب التوحي الثلاثى والوركى هو الاكثر اصابة بالآلام العصبية فان  
 الاول يكون عرضة لتأثير البرد طول النهار والثانى عرضة له بالاقبل فى اليوم  
 مرتين عند تعرى الجلد المعطى له ثم ان هذا الداء كثير الحصول جدا كما ثبتت  
 بالقوائم الطبية ويندر حصوله للاطفال ويكثر جدا من سن العشرين الى سن  
 الستين وفى الرجال والفقراء اكثر حصولا منه فى الاغنياء والنساء

**\* (الاعراض والسير) \***

قد ثبت قول المعلم رومبرغ فى معظم الاحوال ان كل فرع عصبى من الصغيرة  
 القطبية والجهازية اعنى من ثنية الفخذ الى طرف اصابع القدم لا يتخلو  
 عن الاصابة بالآلم العصبى وان اعتبار مجلس الالم فى جرع العصب الوركى  
 نفسه دائما امر عادى فقط والاعصاب التى يتبع الالم سيرها غالباً هى العصب  
 الفخذى الجلمدى الخلقى وحينئذ يكون مجلس الالم الجهة الخلفية الوحشية  
 من الفخذ ثم المرع السطحى للعصب الشاطى فحينئذ يشغل الالم الجهة  
 الوحشية المقدمية من الساق وظهر القدم ثم العصب القصبى المشترك وهنا  
 يشغل الالم الكعب الوحشى والحافة الوحشية من القدم ومن المنادر ان  
 تكون الفرع العصبية المتوزعة فى راحة القدم مجلس الالم وانما تشهد  
 الآلم عصبية شديدة فى العقب والجزء الخلقى من راحة القدم ناشئة عن اصابة  
 التفرعات الاخيرة من العصب القصبى والاصفار المثلثة فى هذا المرض  
 توجد تبعا لرأى المعلم والكس اسفل المدور العظيم ثلاثة منها فى الفخذ على  
 مسير العصب الوركى الاصلى و بعضها فى الركبة واحدها أسفل  
 العرف القصبى وآخر على الكعب الوحشى وبعضها على الكعب نفسه  
 وظهر القدم

ثم ان عرق النساء لا يظهر غالباً بشدة قوية فجائية بل بالتدريج حتى يرتقى  
 الى أعلى درجة والمرىض المصاب به لا يتخلو من الالم مطلقا بل يشكو على  
 الدوام باللم مستمرا غير خصوصاً جهة المدور العظيم عند محل خروج العصب

الوركي وبالآم في العجز يسمى المعلم رومبرغ بالآم المصاحبة حيث ان  
 بجلسها ليست فرور العصب الوركي بل تفرعات العصب العجزى الخافي  
 وينضم لهذا الالم المستقر زمنا فزمننا آلام ناخسة على مسير الاعصاب السابقة  
 وعلى حسب صعود الالم من أعلى الى وسطه وطه الى أسفل وبالعكس ينقسم الى  
 صاعد ونازل وهذه الآلام تحصل امامن ذاتها سيما وقت المساء عند دخول  
 المريض في فراشه بحيث يكثر خز وجه منها بسبب ذلك واما عقب ضغط  
 ظاهري أو تحريك الطرف السفلي بل وتوتر الصفاق العريض من الفخذ ولو  
 قليلا يثيرها ولذا يلتزم المرضى في فراشها يثنى الطرف السفلي قليلا وكذا  
 يتوتر هذا الصفاق عند حركات السعال أو العطاس حيث تكون غالباً مصحوبة  
 بالآم شديدة ثم ان المرضى تحرك الطرف السفلي المصاب عند المشي  
 وتضعه على الارض بقاية الاحتراس حيث ان كل حركة قوية أو خطوة عنيفة  
 تحدث نوبة آلام شديدة وليس من النادر أن يصطحب عرق النساء بتقلص  
 عضلي في سمانة الساق أو بغيره من الانقباضات العضلية وذلك اما بسبب  
 اشتراك الالياف المحركة في الاصابة أو من انتقال التهييج المرضى  
 وسر يانه من الالياف الحساسة الى المحركة بواسطة النخاع الشوكي ولا يشاهد  
 تغيرات غذائية أي مادية في الضفيرة الوركية المريضة مثل ما يشاهد  
 في غير هذا المرض من الآلام العصبية لكن ان استتطال المرض زمنا  
 طويلا جدا شوهد ظهور الطرف المريض المصون عن الحركة دواما  
 واحيانا يهترى قابلية تنبيه الياف هذا العصب تغير تدريجي واضح ينشأ  
 عنه ضعف في الحساسية أو شلل

ثم ان هذا الداء مرض يستعصي جدا بل الاحوال الجيدة فيه تسهر  
 غالباً بجملة أسابيع حتى يزول بالكلية وزواله يكون عادة تدريجياً مثل  
 حصوله وباقى أحواله قد تمكث عدة أشهر أو جملة سنين ومن أقرب شئ  
 تحصل نكساته بعد البرء التام

### المعالجة

يندر اتمام الدلالات العلاجية السببية فان كان هذا المرض ناشئاً عن  
 أمراض في العمود الفقري يلزم استعمال مصرفات قوية جداً على هذا

العمود بواسطة المقص أو الحديد المجي وأما المؤثرات المرضية التي تحدث  
 هذا المرض ويكون مجاسها في الحوض فليس منها ما يسهل زواله بالمعالجة  
 الامتلاء التعريج السببي وحيث ان هذا الامر كثير اما يصاحب ظهور  
 عرق النساء ولو يندر كونه السبب الوحيد فيمنبغي ابتداء معالجة عرق  
 النساء بمسهل لطيف وان بقي بعد الولادة الشاقة وكان ناشئاً عن  
 التهاب في الغمد العصبي أو الاجزاء الخلوية المحاطة بالصفيرة الوركية  
 ينبغي ارسال العلق ارسالاً متكرراً مع وضع الضمادات الفاترة وضعاً مستمراً  
 وفي أحوال عرق النساء الروماتيزمي يوصى باستعمال الحمامات الفاترة مع  
 المداومة أو الحمامات الفاترة المعدنية وأجود الجواهر المضادة للروماتيزم  
 استعمال الامن الباطن بودور البوتاسيوم بمقدار عظيم سيما اذا شوهد منه خفة  
 الامم وحصول التجاح يكون واضحاً في الاحوال التي فيها يحصل الزكام البودي  
 والطفحيات اليهودية - وأمام معالجة المرض نفسه فتستدعى في الاحوال  
 الحديثة استعمال الاستفرغات الدموية الموضعية واستعمال المحاجم أولى  
 من ارسال العلق وما ذكره من استعمال الفصد العام في معالجة هذا  
 المرض في بعض كتب الامراض الباطنة مبنياً غالباً على نقل ما ذكره بعض  
 المؤلفين قديماً بدون أن يكون لذلك ادق اتباع في الطب العملي وليس ثم في  
 هذا العصر من يقول باستعمال هذه الوساطة في هذا المرض وأما في الاحوال  
 غير الحديثة فيمنبغي استعمال المصرفات الجلدية سيما الحرارة بقى الطيارة  
 فتوضع واحدة على القسم القطني بجوار العمود الفقري في محاذة محل  
 خروج الاعصاب المكونة للصفيرة الوركية وأخرى خلف المدور العظيم ثم  
 ينزل بها الى أسفل في محاذة المحال التي فيها يصير العصب سطحياً قريباً  
 من الجلد الى القدم وزيادة على هذه الحرارة يقى يستعمل السكى الخطي  
 السطحي على مسير العصب الوركى ويكون شديداً بالجلد المحمى والمقصود  
 على بعض اصناف من مسيره كما يستعمل السكى على ظهر القدم وبين اصابعه  
 الوحشية ( كطريقة العرب ) وقد يستعمل أيضاً على صيوان الاذن وتأثير  
 هذه الوساطة ولو وقتياً غيرية التوجيه وكذلك يحصل التجاح العظيم  
 من التيمار السكر بائى المتقطع بواسطة استعمال الفرشة السكر بائية

ولاسيما من استعمال التيار المستمر في كثير من أحوال هذا المرض  
 المستعصى عن المعالجة جدا وأما الجواهر الدوائية النوعية فالأهم منها  
 في الاستعمال هو زيت الترمنتين على هيئة مستحلب بان يؤخذ منه نصف  
 درهم مضافا له أوقية من العسل ويعطى منه مرتين في النهار كل مرة ملعقة  
 واحدة صغيرة وكثير من الأطباء من يوصى باستعمال هذا الجوهر الدوائي  
 لاسيما الشهير رومبرغ وأما القلع العصبي فلا ينبغي استعماله الا اذا كان  
 المرض شاعلا لا يقينا لقر بعات دقيقة سطحية وأما استعمال الوراثرين  
 والاكوتين والمورفين الذي لا يستغنى عنه في هذا المرض فيقال فيه  
 ما قيل في معالجة الامراض العصبية على العموم واستعمال الكهربية  
 في هذا المرض كغيره من الآلام العصبية مهم للغاية على هيئة التيار المتقطع  
 وبالاولى المستمر ولذا ينبغي استعمالها في جميع الاحوال الثقيلة من هذا  
 المرض التي لم تثمر فيها الطرق العلاجية الاخر بشرط ان لا تكون ناجحة  
 عن اسباب غير قابلة للشفاء وبوضع القطب الموجب بقرب البورة المرضية  
 ما يمكن فيكون وضعه اما على الفقرات القطنية أو العجز أو الشرم الوركي  
 أو على جزع العصب أو أحد فروعه العظيمة وبوضع القطب السالب على  
 الانتهاءات الدائرية له ويسلط على العصب المريض التيار الشديد كل يوم  
 أو يومين من ٥ دقائق الى ١٠ وقد تظهر ثمرة الكهربية في هذا المرض  
 احيانا عما قيل من الاستعمال واحيانا بعد جملة اسابيع ولا يكاد يستغنى  
 في هذا المرض عن الحقن بالمورفين تحت الجلد لتسكين الآلام وقتها

\* (المبحث الثاني عشر) \*

(في الالم العصبي الفخذي المعروف بعرق النساء المقدم)

قد تصاب الفروع العصبية المتوزعة في الجهة المقدمية من الفخذ والساق  
 الآتية من الضفيرة القطنية ز ياد عن اصابة بعض فروع هذه الضفيرة  
 المسمى أياها بالالم العصبي القطني البطني وحيث لم يتوزع هذا الالم بالمرض  
 المذكور في الجهة الخلفية الوحشية كالالم العصبي الوركي بل يتوزع  
 في الجهة المقدمية الانسية من الفخذ والساق ويمتد احيانا الى الكعب  
 الانسي ووجهة القدم الانسية حتى يعم الابهام والسبابة منها فيسمى باسم غير

صائب وهو الالم العصبي الوركي المقدم أى عرق النساء المقدم ثم ان هذا الالم نادر جداً بالنسبة للخناق ويمكن حصوله مشله في كونه اما أن ينشأ عن ضغط على العصب عند خروجه من القناة الفقرية أو عن مهيجات تؤثر على الضفيرة القطنية وهي في الحوض أو فرو وعها المتوزعة في الدائرة أى في الجهة المقدمة من الطرف السفلى كما ان الفتق المختنق و خلع الفخذ والتهاب المفصل الفخذي الحرقفي لا يندران ينبج عن ضغط على العصب الفخذي أو توتره وثوران. ولم في حساسية فروعه الجلدية ثم ان الالم العصبي الفخذي في سيره وانتهائه يشابه عرق النساء في سيره كذلك وانتهائه بل والمعالجة أيضا

ومن الاحوال النادرة جدا أن يكون العصب الشاخي مجلس الالم العصبي ويتصف بانتشار الالم على الجهة الانسية العليا من الفخذ و باضطراب في حركة العضلات المقربة للفخذ بسبب اشتراك الالياف المحركة لهذا العصب المتوزعة في تلك العضلات وحصول هاتين الظاهرتين فجأة وهو يتبين باعراض انسداد المسعى انسداد احادا مع المغص القوانجي والالتهاب البريتوني هو العلامة الوحيدة الدالة على تشخيص الفتق المختنق في الثقب الساد

\* (المبحث الثالث عشر) \*

(في الانستازيا الجلدية)

(أى ضعف حساسية الاعصاب الجلدية أو فقد ها بالكلية)

فقد الحساسية الجلدية أى عدم حساسية الاعصاب الجلدية عقب تأثير المنبهات الظاهرة ينشأ ولا عن فساد أو فقد فعل الاجزاء الدماغية المنوطة بنقل تنبيه الاعصاب الحساسة الى القوة المدركة وقابلية تنبيه الاعصاب الحساسة في هذا الشكل قد تكون باقية على حالتها الطبيعية مع فقد الحساسية التام عند المرضى عقب تأثير المنبهات الظاهرة وهذا الشكل من فقد الاحساس الذى كثيرا ما ذكرناه عرضا لجلية أمراض دماغية لا تتعرض له بالكلية في هذا المبحث ولا نذكر هنا الا الاحوال المرضية للاعصاب الدائرية ثانيا قد تحصل الانستازيا عن انقطاع توصيل تنبيه الالياف

العصبية الدائرية الى الدماغ عقب فساد الالياف العصبية النخاعية الشوكية  
 المنوطة بنقل التوصيل الى المركز الدماغى وفي هذا الشكل كذلك تكون  
 قابلية تنبيه الاعصاب الدائرية على حالة سلامتها الطبيعية وقد ذكرنا  
 عند الكلام على الالتهاب النخاعى انه كثير اما يشاهد ان المنبهات المؤثرة  
 على الدائرة بشدة عظيمة جدا لا يصل تأثيرها المنبه الى الدماغ ولا يمتد اليه  
 مع ان المنبهات الخفيفة يمتد تأثيرها المنبه من الاعصاب الحساسة الى  
 الاعصاب المحركة وينتقل اليها فتحدث حركات انعكاسية ويستدل من  
 هذه الظاهرة على انه في مثل هذه الاحوال لم تزل قابلية تنبيه كل من  
 الاعصاب الحساسة والمحرركة محفوظة على حالتها الطبيعية في المحال  
 السكائنة أسفل الجزء الذى انقطع فيه فعل التوصيل الى المركز الدماغى  
 ولا تتعرض أيضا هذا الكلام على هذا الشكل ثالثا قد تحصل الانستازيا  
 عقب تغيرات غذائية في الاعصاب الدائرية تؤدي لفقد قابلية تنبيهها كما  
 ان ذلك يحصل أيضا من انقطاع اتصال هذه الاعصاب بالمركز العصبى  
 الدماغى الشوكى بطريقة ميكانيكية وهذا الشكل هو الذى نتعرض له  
 فى هذا البحث ونشره ومع ذلك فلنتنبه على اننا نعتبر كل عصب حساس  
 أو محرک دائريا أى ليس مركزيا من ابتداء منشأته من الدماغ أو من  
 النخاع الشوكى سواء كان سائرا فى الجمجمة أو القناة الفقرية أو خرج منها  
 وتر كهما وهذا الاعتبار ليس اختيارا ولا غير صائب بل يرتكن فيه الى  
 أن جزء العصب السارى داخل الجمجمة أو القناة الفقرية يشابه بالكلية جزءه  
 السارى والمتوزع خارج هذين التجويفين بالنسبة لفقد قابلية تنبيهه عند  
 انقطاع اتصاله بالاعضاء المركزية وهذا الاعتبار سهل الاتبات فى  
 الاعصاب المحركة فانه عقب اصابته مريض بالسكتة فى الجسم المضاع  
 اليسارى وفقد الحركة الارادية من الجهة اليمنى من الوجه لم تزل أعصاب  
 الجهة المنشلة حافظة لقابلية تنبيهها الطبيعى جملة أسابيع بحيث يمكن  
 بواسطة التيار الكهر بائى تحريك كل عضلة على حدها فى هذه الجهة  
 وبالعكس اذا كان العصب الوجهى قد اعتراه فساد داخل الجمجمة بعد  
 خروجه من الدماغ فبما قليل يشاهد انطفاء قابلية تنبيهه كما يشاهد ذلك عقب



قطع الاعصاب الدائرية بحيث لا يمكن احداث انقباضات عضلية في عضلات الجهة المنشلة وأما الاعصاب الحساسة فلا يمكن اثبات هذا الامر فيها بكيفية واضحة ومع ذلك فن الجائز أن يقال ان كل نوع من نوعي الاعصاب يشبه الآخر من هذه الحيثية وأقل ما هنالك انه في احوال الانستازيا بالمرکزية للاعصاب التنوعى الثلاثي يبقى هذا العصب حافظا لقابلية التنبيه زمنا طويلا كما يتضح ذلك من استمرار الظواهر الانعكاسية كرمش الاجفان عند لمس المنحمة

### كيفية الظهور والاسباب

التغيرات الغذائية للاعصاب التي ينتج عنها فقد قابلية تنبيهها واهية جدا غالباً وغیر مدرکة بحيث لا يمكن مشاهدتها بلا واسطة فمثلا متى انقطع توارد الدم الشرياني الكثير الاوكسجين الى عصب فقد هذا العصب قابلية تنبيهه ولا شك ان ذلك ناشئ عن تغيرات طبيعية أو كيميائية في باطن العصب غير انه لا يمكننا اثباتها والوقوف على حقيقة قتها وكثيرا ما نشاهد طبقا للتجارب الفسيولوجية ان الاجزا المتوزع فيها شريان منسد بواسطة سد ذاتية أو سبارة يعتمرها فقد الحساسية قبل تكوين الدورة الجانبية التفرعية فيها وكذا تأثير البرد تأثيرا مستمرا ينتج عنه فقد حساسية الجلد وذلك بسبب احداثه انسكاشا في الاعوية الشعرية الجلدية وانيميا في الاعصاب الجلدية ومن الجائز أن الانستازيا التي تحصل عقب التسمم بالجويدار تنشأ عن حالة انيميا في الاعصاب الحساسة الدائرية عقب تضايق تشنجي في جذر أو عيتم الشريانية ومن قبيل هذه الانستازيا الدائرية أي الناتجة عن فقد قابلية تنبيه الاعصاب الحساسة الدائرية وانطفائها بدون وجود تغيرات مادية الانستازيا التي تطرأ كثيرا عقب تأثير البرد وتسمى الروماتيزمية وكذا الانستازيا التي شاهدها المعلم رومبرغ في كل من ايدي واذرع الغسالات وهل الانستازيا الناتجة عن التسمم الزحلي متعلقة بتغيرات غذائية غير مدرکة في الاعصاب الدائرية أو بتغير غير طبيعي في الاعضاء العصبية المرکزية أمر مشكوك فيه ومثل ذلك يقال في تأثير وفعل الجواهر المخدرة كالتيبر والكلوروفورم فانه لم يثبت ان هذه الجواهر عند تأثيرها

الموضعي تكون قاصرة على الموضع المؤثر فيه بل الظاهر انها تؤثر كذلك  
على الدماغ أيضا في آن واحد فهل يشاهد تأثيرها المخدر الواضح مع بقاء  
وظائف الدماغ على حالة سلامة تامة وأما الانستازيا الاستهبرية فلها  
خصوصيات سنذكرها في بحث الاستهبريا

وأما الانستازيا الناشئة عن ضغط مستمر مستو بواسطة الاربطة أو الملابس  
فانها عبارة عن درجة ابتدائية من اشكالها التي فيها لا يظن بوجود تغيرات  
مادية عصبية فقط بل يثبت فيها ذلك مع غاية الوضوح فاننا نشاهد من هذا  
القبيل حصول ظهور وابتداء الاستهالة الشحمية في جميع الاجزاء التي  
يعتبرها ضغط مستمر ولا بد ان يعتري الاعصاب في مثل هذه الاحوال ما يعتري  
باقي الاجزاء من التغير الاتري انه بواسطة الضغط مثلا الواقع على أي عصب  
من وجود أورام مختلفة الطبيعة أو انسكابات أو نضج مرضي لا يندران  
يفقد هذا العصب قابلية تنبيهه وينقطع فيما بعد اتصاله بالمرآكز العصبية  
بالكلية فالانستازيا المصاحبة للجذام الاسويجي (نسبة لبلاد الاسويج)  
لا بد وان تكون ناشئة عن الضغط الذي يعتري الاعصاب الحساسة داخل  
القناة الفقرية او الجمجمة من النضج المتكاثف فيها وفي أحوال أخرى  
من الانستازيا يكابد جزء من العصب فسادا بواسطة تغير التهاجي ولا حاجة  
للتطويل على التغيرات المادية التي تنشأ عنها الانستازيا لثلايلنم التكرار  
بالنسبة لما ذكر في أسباب الآلام العصبية فان عين المؤثرات المرضية  
التي تحدث ارتقاء في قابلية تنبيه العصب عند تأثيرها تأثيرا ضعيفا  
وغير مستطيل تحدث أيضا عند تأثيرها تأثيرا مستطيلًا قويًا فقد في قابلية  
تنبيه العصب المذكور بل فسادا فيه بالكلية

#### الاعراض والسير

فقد الحساسية اما ان يكون تاما أو لا في الحالة الاولى لا تحدث المهيجات التي  
تؤثر على الدائرة كالضغط أو اختلافات درجة الحرارة ادنى احساس وفي  
الحالة الثانية وان احدثت احساسا الا انه يكون غير واضح وغير أكيد وعند  
وجود انستازيا غير تامة كثيرا ما يحصل احساس يتمثل أو خدر ويحس المريض  
كأن بين الجلد والجسم الملابس أو ساطا أخرى غريبة وقد وجه المعلم

هنلى هذه الظاهرة بان الاحساس زال من الانتهاء الدائرية للاعصاب وكانه ارتد عن اتجاهه نحو الاعضاء المركزية فكأنما يوجد بين الجسم والملامس والعصب طبقة من جوهر عديم الاحساس والتأثير وهذه النظريات يمكن توجيه هذه الظاهرة بأن البرودة التي تمتد بالاكثير الى انتهاء تفرعات الاعصاب الحساسة تحدث نوع تنمل وخدر في الجلد وهناك نوع آخر من الاستناز يا يسمي بفقد حساسية الالم وفي هذا النوع لا تحدث المنبهات الشديدة جدا ادنى احساس بالالم مع وجود حاسة اللمس وتوجيه هذه منبههم علمينا ويمكن اعتبارها تبع العلم هنلى درجة ضعيفة من الاستناز بايقال ان هذه الظاهرة عند وجودها لا ينشأ عن المؤثرات المهيجة الشديدة شكل الاحساس الاعتمادى بالالم بل ينشأ عنها شكل آخر من الاحساس الذى يظهر عند تأثير مهيجات خفيفة على اعصاب ذات قابلية تنبيه طبيعية غير أن هذا القول يشترط فيه أن ينبنى عليه ان فى مثل هذه الاحوال المرضية لا تدرك المنبهات الخفيفة بالكافية وهذا الشرط مفقود فى احوال فقد حساسية الالم وأصعب من توجيه الظاهرة المذكورة شكل الاستناز يا المعبر عنه بشال الاحساس الجزى فانه فى هذا الشكل ينطفى الاحساس بتأثير بعض مهيجات مخصوصة ويسهر بتأثير بعض مهيجات أخرى ان لم تكن أشد قوة مما قبلها - فمثلا ينطفى الاحساس باللمس مع بقاء قابلية الاحساس باختلاف درجة الحرارة وبالعكس يبنى ان حساسية اللمس تكون موجودة وتنطفى قابلية الاحساس بدرجة الحرارة

ثم ان الناموس العصبى المعروف بناموس الظواهر الدائرية الذى به يدرك كل تنبيه عصبى حساس كتنبيه حاصل فى انتهاء الدائرية ولو كان تأثير السبب المنبه واقعا على جرح هذا العصب بوجهنا بسهولة عدم تشكى المرضى بالآلام فى الاجزاء التى فقدت حساسيتها ولا تتأثر من المنبهات الظاهرية وهذه الظاهرة تعرف بالاستناز يا المؤلمة أعنى فقد الاحساس المؤلم الذى يوجد فى جميع الاحوال التى فيها تنطفى قابلية احساس هذا العصب الى صفر أو جزء معلوم منه وزيادة على ذلك تكون فيها باقى اجزاء العصب التى اعلى هذا الصغر الحافظة لقابلية تنبيهها ومتصلة بالمركز الدماغى الشوكى عرضة

لتأثير سبب مهيج مستمر ومن الواضح ان هذين الامرين يصطحبان بكثرة  
في الاحوال التي فيها تضغط الادرار على أحد الفروع العصبية فان الجزء  
العصبي الكائن بين الدماغ والورم الضاغط يبقى حافظا قابلية التنبيه فيدرك  
تأثير السبب المهيج المستمر وأما جزؤه الكائن بين الورم والدائرة فتنتطفي  
فيه قابلية التنبيه بالكافية

وأما استازيا الاعصاب العضلية ففيها تنفنا فص قابلية ادراك درجة انقباض  
العضلات أو استرخائها أو تنفقد بالكافية وفي مثل هذه الاحوال يكون للمرضى  
احيانا قدرة على اجراء جميع الحركات التي تؤثر بفعلها وان لم يمكنها بدون  
حساسية الابصار الحكم على درجة اجراء الحركات المفعولة فانها مثلما يمكنها  
القبض باليد على الاشياء مادامت حركة القبض عليها محبوبة بالنظر وعند  
غلق العين تسقط الاشياء القابضة عليها من أيديها وان كان فقد الاحساس  
مصيبا لاعصاب اطراف السفلى امكن المرضى المشي مدة النهار لا يمكنها  
في الظلام تهتز وتضطرب في مشيها ولا يمكنها التقدم في المشي مطلقا

وكثيرا ما تضعف الاستازيا باضطرابات دورية غذائية في الاجزاء المشللة  
قدرتها حرارتها تكون غالبا متناقصة زيادة عن درجة واحدة ووظائفها  
مضطربة وافر ازها متناقصة وازيادة على ذلك تكون مقاومة هذه الاجزاء  
قليلة جدا فانها باقل تأثير بردي تعتبرها القبلد مثلا وحرقتها ووجوهها وقرحها  
لا تشفى الا بعسر عظيم جدا أو لا تشفى بالكافية وتحصل فيها الغنغرينا الوضعية  
بسهولة عظيمة جدا واكل من البشرة والاطراف ينفلس ويتمسق والجلد يصير  
مزرقا وتحصل الاوذيم في المنسوج الخلقى تحتمت الجلد ثم ان بطء الدورة  
يوجهه به بسهولة الاضطرابات المذكورة التي تعترى الاجزاء الفاقدة  
الحساسية وان لم يتضح فيها سبب بطء الدورة ويظهر تبعا للتجارب  
القسوية ولوجبة للمعلم اكهمن وقر يمان العقل ان بطء الدورة ناشئ عن  
اضطراب في الالياف العصبية السمباتوية المصاحبة للالياف العصبية  
الشوكية في سيرها فان المعلم المذكور شاهد أنه عند قطع الاعصاب الشوكية  
بين الخنخاع الشوكي والعقدة العصبية السمباتوية في الضفادع يحصل شلل  
وفقد في الحساسية فقط بدون حصول اضطرابات غذائية في الاجزاء المشللة

وأما عند قطع الاعصاب الشوكية المذكورة خارجا عن العقدة السمباتوية  
 أعني بعد اختلاط الالياف العصبية الشوكية بالسمباتوية بواسطة الفروع  
 التفرعية فإنه يشاهد اصطحاب الشلل وفقد الحساسية في هذه الاجز المنشلة  
 مع بقاء قوة لون الجلد وتفلس في البشرة واحتقانات ضعفية في الاعوية  
 الشعرية وأوذيم ونحو ذلك من الاضطرابات الدورية

ومتى كان العصب المنفصل عن المراكز العصبية أو الفاقد لقابلية  
 تنبيهه بأى مؤثر مضر مشتملا على الياف محركة والياف حساسة اجتمع فقد  
 الحساسية حينئذ يفقد الحركة أيضا بل ويظهر كأن العصب الفاقد لقابلية  
 تنبيهه تمتد منه هذه الحالة الضعفية المرضية بواسطة العقدة العصبية الى  
 أعصاب أخرى مثل ما ان العصب المتنبه تنتقل منه هذه القابلية الى أعصاب  
 أخرى بواسطة العقدة العصبية وتوسطها وعلى مقتضى ذلك توجه المشاهدة  
 الآتية وهي ان فقد حساسية العصب التوأى الثلاثي ينضم اليه ضعف  
 في حساسية كل من عصب الشم والصم كما ينضم الى الصم العصبى ضعف في  
 حساسية القنوات السمعية وكانضمام الشلل غير التام الى فقد الحساسية  
 المستطيلة زمنطوبا المعروف بالشلل الانعكاسى

وليس من السهل تمييز أشكال الانستازيا الدائرية عن أشكال المركزية والذي  
 يرتكن اليه في التخصيص التميزى بينهم ما هو امتداد فقد الاحساس  
 وتضاعفه بشلل في الحركة أو عدم وجوده هذا التضاعف فان كان فقد  
 الاحساس مثلا عاما لا حد شقي الجسم ومصاحبا للشلل النصفى الجانبي أيضا  
 دل ذلك بدون شك على ان فقد الاحساس مركزى وان كان فقد الاحساس  
 منتشر على النصف السفلى من الجسم وكان مصاحبا للشلل النصف السفلى  
 أيضا دل ذلك على وجود آفة في النخاع الشوكى وعند وجود فقد في حساسية  
 البصر يدل الشلل المصاحب له على ان شكل الانستازيا مركزى وان كان  
 مصحوبا بحركة طبيعية في أعضاء الابصار وغيره اادل ذلك على ان شكل  
 الانستازيا دائرى ومن المهم جدا فى التمييز هذين الشكلين وجود الحركات  
 الانعكاسية التى اشرنا اليها فاقدم فان كان فقد الاحساس دائريا بان  
 كان العصب منفصلا من الدماغ أو كانت قابلية تنبيهه مفقودة لا يمكن

انتقال تنبيهه الى الاعصاب المحركة فلا تحصل حينئذ حركات انعكاسية وأما ان كان فقد الاحساس مـ كـ زيا بمعنى ان جزء الدماغ الذي فيه تدرك الاحساسات وتصل الى الدماغ منفسد في الجائز ان يكون السبيل الذي منه ينتقل التنبيه من الاعصاب الحساسة الى الاعصاب المحركة على حالة سلامة فيمكن حينئذ حصول حركات انعكاسية وهذا غير ما يحصل اذا كان النخاع الشوكي منفسدا في بعض اصقاره المحدودة كما في التهاب العمود الفقري أو الالتهاب النخاعي المحدود وأما عند اصابة هذا العضو بالالتهاب المنتشر أو الالتهاب الغالب فيه عدم حصول حركات انعكاسية - وهناك دليل آخر قطعي يدل على اختلاف هذا الامر أي على وجود بعض الحركات الانعكاسية في أحوال الاستناز يا المر كـ زية وعدم وجودها في أحوالها الدائرية وهو انه ان حصل فقد الاحساس في الملتحمة عقب السكتة الدماغية فان المريض لا يحس بالسكاكية عند ملاسة الغشاء المخاطي للقلبة غير أنه يحصل للعين غلق بدون ارادة لان التنبيه ينتقل من التفرعات العصبية الحساسة للعصب التوأمي الثلاثي ويمتد الى التفرعات العصبية المحركة للعصب الوجهي وأما اذا كان فقد احساس الملتحمة متعلقا بفساد في عقدة جسيبرى أو الفرع العيني من التوأمي الثلاثي فان المريض لا يحس بلامسة الملتحمة ولا بغلق عينه بدون ارادة فان انتقال التنبيه من العصب التوأمي الثلاثي الى العصب الوجهي في هذه الحالة غير ممكن بالسكاكية ثم ان سبب الاستناز يات بمتعلق بالسكاكية بمرضها الاصلى فان كان العصب قد اعتراه تفرق اتصال بواسطة آلة قاطعة فان الاحساس يفقد عما قليل من الزمن أحيانا وأما اذا كان العصب الحساس منفسدا في امتداد عظيم منه فان فقد الاحساس يستمر طول الحياة وكل من فقد الاحساس الروماتيزمي والناقض عن ضعف غير شديد من تنظيم على مسير العصب بهما به ينتهي غالباً انتهاء جيداً خلافاً لباقي اشكال هذا المرض

### معالجة

معالجة الاستناز يالاتمرا لافى الاحوال التي فيها يمكن ازالة السبب الناتجة عنه واحيانا يقتضى الحال لفعل عمليات جراحية أو لاستعمال معالجة مضادة

لروما تيزم ويندر هنا عقب زوال السبب زوال السبب عنه بسرعة وفي مثل هذه الاحوال تستعمل الدلائل كالت بالجوهر المنبهة الروحية أو العطرية بل والكهربائية كما أنه يمكن استعمال المياه على هيئة التشلل أو الحمامات الطبيعية ولو ان رجوع قابلية التنبيه الى الاعصاب التي انطفأت منها أمر غير محقق ولا مقطوع به

### المبحث الرابع عشر

(في استنازيا العصب التوأمي الثلاثي أى فقد حساسيته)

(\* كيفية الظهور والاسباب \*)

المؤثرات المرضية التي تحدث الالم العصبي الوجهي تبعاً لما بيننا في المبحث السابق يمكن ان تحدث كذلك فقد حساسية العصب التوأمي الثلاثي بنأثيرها تآثيراً شديداً مستطيلاً جديداً فقد وجد في بعض احوال استنازيا احدى صحيفتي الوجه انضغاط عقدة جلمري بواسطة أورام أو متعضلات التهابية أو فسادها أو وكابدها الاستحالات مرضية كما أنه وجد في احوال اخر ان احد الفروع الثلاثة للعصب التوأمي الثلاثي اعتراه ضغط او اصابة جرحية اخرى قبل خروجه من الجمجمة او حال خروجه من ثقب العظم الوتدي وفي احوال وهي الغالب وجد فقط بعض تفرعات العصب التوأمي الثلاثي متقطعة عقب العمليات الجراحية او منفسدة ومتمتكة عقب التقيح او ضغط بعض الغدد عليها او تمزقة عقب استئصال بعض الاسنان سيما الفرع السفلي من هذا العصب ثم ان السير الجيد في بعض احوال هذا المرض يدل على انه يمكن حصوله من اسباب وقتية برهية كما تآثير البرد الذي ينشأ عنه بعض تغير في العمد العصبي

### في الاعراض والسير

في الاحوال التي تفقد فيها جميع الياف العصب التوأمي الثلاثي قابلية تمييزها يكون من الواضح ان جزع هذا العصب أو عقدة جسيري هو الذي اعتراه التغير أو الفساد وفي مثل هذه الاحوال ينقسم الوجه الى قسمين متساو بين مميزات عن بعضهما احدهما حساس والآخر غير حساس وكذا تجاوب الوجه المتوزعة فيها فربعات حساسة من هذا العصب يحصل فيها

مثل ذلك أيضا في الجهة المريضة يمكن لمس العين أو الضغط عليها أو وخزها  
 ووخز الانف كذلك بالآلات واخزة مديبة أو تأثيرا بخز مهيج فيهما بدون ان  
 تحس المرضى بشئ من ذلك وعند وضع قارورة مثلا من الزجاج على الشفة  
 لا تحس الا بجهة منها واحدة بحيث تظن المرضى انها منكسرة وكذا ان نصف  
 اللسان يكون كذلك ويسيل اللعاب من الجهة المريضة من القم وباقى المطعومات  
 تبقى معقدة بين فكي هذه الجهة بدون ان تدركها المرضى ولا تشاهد ظواهر  
 الانعكاس في عضلات المقلبة عند تنبيه الملتحمة كما ذكرناه في البحث السابق  
 وعلى العكس من ذلك تحصل عند وقوع ضوء شديد على الشبكية فانه ينتقل  
 التنبيه من العصب البصرى السليم الى العصب الوجهى وكان المرضى لا  
 يرمش اهدابها عند تهيج الملتحمة لان فعل حركات العطاس عند تهيج الغشاء  
 المخاطي الانفي فان الحركات الانعكاسية لا يجرضها هذا التهيج ولا يمتد  
 تنبيهه الى الاعضاء التنفسية وينضم لهذه الظواهر اضطرابات غذائية في  
 الجهة المريضة تشبه ما تحصل في حيوان قطع منه العقدة العصبية الجسدية  
 بالصناعة كانتفاخ العين الدوالي وتقيحها واضمحورها وانتفاخ اللثة انتفاخا  
 فطريا ونزيف التجويف القمى والانفي وتلون الوجنة باللون الازرق مع  
 انتفاخها وفي بعض احوال اخرى تفقد حاسة الذوق وفي غيرها تبقى محفوظة  
 واما حساسية البصر والسمع فكثيرا ما يغيرهما بتغير ومع ذلك يعرف معرفة  
 درجة تأثير الاضطرابات الغذائية المذكورة للغشاء المخاطي الانفي والعيني  
 في هاتين الحاستين ثم ان كان التغير أو الفساد يصيب المحل من جزء العصب  
 التوامح الثلاثي الكبير والصغير اصطحبت فقد الاحساس الجانبي للوجه بفقد  
 حركة العضلات لهذه الجهة وان كان فساد العقدة نتيجة اورام عظيمة في  
 الجمجمة او غيرها من التغيرات المرضية الممتدة لتساعد الجمجمة حصل  
 كذلك اضطراب في وظائف غيرها هذا العصب من اعصاب الدماغ سيما  
 المحرك للمقلة والوجهى والسهمى فيحصل للريز اما سقوط الجفن أو تمدد في  
 الحدقة وشلل في الجهة المسامنه من الوجه وصمم في اذن تلك الجهة  
 واذا كان جزع هذا العصب غير مصاب بل المصاب أحد فر وعه الرئسة  
 كان مجلس فقد الاحساس الاجزاء المتوزع فيها الفرع العصبى المرض



فيشاهد فقد الاحساس في المقلة عند اصابة الفرع الاول وفي الانف عند  
 اثاني ثم في الفم عند الثالث - وعند اصابة احد الفروع الصغيرة فقط  
 لا يفقد الاحساس الا في بعض اجزا الجسم ودودة من الوجه قليلة الاتساع جدا  
 بحيث ان تجاوب الوجه تبقى حافظة لسلامتها  
 والانس تازيا المركزية المنفردة في العصب التوأمي الثلاثي أي التي تحصل  
 بدون ان تصطبج بفقد الاحساس في نصف الجسم المسامت للجهة المريضة  
 وبدون شلل نصفي في جانبي فيه نادرة جدا والذي يرتكز اليه في التمييز  
 فقد الاحساس المركزي دون الدائري قد ذكر في البحث السابق  
 ومع الجلة انستازيا الزوج الخامس يرتكز فيها الى ما ذكر في البحث  
 السابق وحيث ان هذه الانس تازيا كثيرا ما تتعلق بتغيرات مهمة داخل  
 الججمة فمن النادر وجود احوال فيها يحصل الطبيب الى ازالة السبب  
 الاصلى وبهذه المثابة كثيرا ما لا تثمر فيها المعالجة فان لم يكن ثم سبب أصلي  
 مانع من الشفاء أو أمكن ازالته ساغ معالجة شلل الاحساس حينئذ بطرق  
 علاجية واصلة فيستعمل زيادة عن الوسائط المنبهة الموضعية المختلفة  
 كالللكات البسيطة والدلك بروح - ب العرعر أو السريبيلا أو الكافور أو  
 الابدوليدك وبالمرهم العصبي والتشلشات الباردة والفاطرة السكر باثية  
 لاجل ايقاظ الحساسية ثانيا فانها هي اقوى الوسائط في الانستازيا عموما  
 وفي انستازيا هذا العصب خصوصا والمفضل التيار الجاواني مع الاحتراس  
 اللازم في استعماله لقرب المحل من الدماغ

\* (في تشنج بعض الاعصاب الدائرية وتفرعها) \*

ولنشرح في المباحث الآتية التنبهات المرضية التي تشاهد في الاجزاء  
 المتوزع فيها بعض الاعصاب المحركة فكلما ان شدة تنبيه أحد الاعصاب  
 الحساسية ينتج عنه احساس بالم يتضح بظواهر انعكاسية كذلك ينتج  
 عن شدة تنبيه أحد الاعصاب المحركة انقباض وقصر في الالياف العضلية  
 المتوزع فيها - هذا العصب ثم ان وقع التنبيه العصبي المرضي على عصب  
 محرك بكيفية متعاقبة مربعة اسفرا انقباض الالياف العضلية الذي ينتج عن  
 التنبيه العصبي الاولى حتى يعقبه تنبيه مرضي آخر ولذا تحصل انقباضات

عضلية مسهرة يعبر عنها بالتشنجات المستمرة والتي تنوسية وأما إذا كان  
تعاقب التنبيه العصبي في أزمته بعيدة عن بعضها بحيث ان العضلة  
تسترخي قبل ان يحدث تنبيه عصبي آخر انقباضا في اليافه او تعاقبت حينئذ  
الانقباضات العضلية مع الاسترخاء فان ذلك يسمى بالانقباض العضلي  
المتقطع أو التشنجات المتقطعة

ثم ان الاعصاب المحركة في الاشخاص السليمين ينشأ تنبهها ما من البورة  
المركزية للارادة وبذلك تنشأ الحركات الارادية أو من بعض اجزاء  
الدماغ التي تنبه عند الانفعال النفسي بدون مدخل للبورة المركزية  
الارادية ومن هذا القبيل الحركات الناتجة عن حصول انفعالات نفسية  
كالغضب الشديد والام ويعبر عنها بحركات الام أو الغضب الشديدين فانه  
لا يقصد تقلص الوجه عند البكاء مثلا حالة الحزن ولا قبض اليد بشدة عند  
الغضب بل حصول ذلك غير ارادي وهناك بعض حركات تحصل عند السليم  
بدون ارادة بل بغضد الارادة وذلك بواسطة انتقال التنبيه العصبي من  
الياف عصبية متجهة نحو المركز الى الياف عصبية متجهة نحو الدائرة تسمى  
بحركات الانعكاسات الطبيعية ويميز بعض هذه الحركات المسماة بالذاتية  
الناشئة عن منبهات طبيعية قوية مترددة بانتظام كحركات التنفس الناشئة  
عن تراكم حمض الكربون في الدم وحركات الازدراء الناشئة عن وصول  
البلعة الغذائية في الباعوم عن الحركات الناشئة عن منبهات نادرة التردد  
كالعطاس ورمش الهدب ونحو ذلك

وبلفظ التشنجات يعني حالة مرضية فيها يكون تنبيه الاعصاب المحركة  
ناشئا عن مهيجات غير اعتمادية وغير معلومة وليست ارادية أو التي  
فيها تأثير المهيجات الاعتمادية يحدث تنبها شديدا جدا منتشرا في تفرعات  
الاعصاب المحركة

ثم ان تقسيم التشنجات بحسب نوع المهيجات التي أحدثت التنبيه العصبي  
أو بحسب الصفر الذي أثرت فيه غير ممكن بحسب درجة العلوم الى وقتنا هذا  
فان التشنجات التي منتهكها في هذا البحث تنشأ عن مهيجات مختلفة  
غير معلومة فهي وان حصلت في بعض الاجز المنتوزع فيها بعض الاعصاب

المحركة واقتمرت عليهم اغرابنا لانعلم هل وقع تأثير المهيج على نفس الالياف  
المتنبهة بلا واسطة أم لا

المبحث الخامس عشر

(في التشنج العصبي الوجهي المعروف بالتيك التشنجي وتشنج السحنة)  
\* كيفية الظهور والاسباب \*

التمنبة المرضى لفروع العصب الوجهي المتوزعة في عضلات الوجه يعبر  
عنه بالتشنج الوجهي أو تشنج السحنة مالم يكن ظاهرة من التشنجات العامة  
وأسبابه منبهة علمنا ومن القريب للعقل ان التنبيه المنعزل للعصب الوجهي  
لا يكون متعلقا بتغيرات في الدماغ كما انه في النادر جدا ان يكون  
التشنج المحدث لهذا المرض واقعا على هذا العصب داخل الجمجمة أو في  
انشاء سيره في قناة فالوب والاحوال التي يكون فيها هذا التنبيه ناشئا  
عن مؤثرات ظاهرية أثرت في الوجه كالبرد والمرض أو ضغط بعض الارام  
لا يستدل منها بالثأ كيد على ان تأثير هذه المنبهات المرضية على الياف العصب  
الوجهي نفسه بدون واسطة وانما أثرت ابتداء على تفرعات العصب  
التوأمي الثلاثي ثم احدثت فيما بعد بطريق الانعكاس تنبيه العصب  
الوجهي وقد يعتبر في أحوال أخرى تشنج السحنة نتيجة امتداد التنبيه  
العصبي من أعضائه بعيدة كالمعا عند وجود الديدان المعوية ومن الزحمة  
في الاستيريا وبمهي حينئذ بالتشنج الوجهي الانعكسي كذلك يعد من  
الاسباب المنبهة لهذا المرض الانفعالات النفسية والميل للتقليد والظاهر  
ان هذا المرض في الرجال أكثر منه في النساء

الاعراض والسير

يكاد لا يصاب في معظم أحوال تشنج السحنة الاعضلات احدى جهتي الوجه  
ويكون فيها مستمرا أو متقطعا ووصفه مع الاختصار المعلم رومبيرغ  
بانه مرض يوجد فيه تقلص عضلي في السحنة امامة تقطع أو مستمر في احدى  
جهتي الوجه أو فيهما معا وذلك نادرا في الحالة الاولى يحصل في عضلات الجبهة  
والمؤخرى انجذاب الى أعلى أو الى أسفل وانكماش الحواجب ورمش الاهداب  
أو انطباق الاجفان واهتزاز جناحي الانف وانجذاب زاوية القم الى أعلى

او اسفل وهذه التقلصات تحصل ثم تقف فجأة ثم تتردد نانيا وعند اسمرارها  
تكون ميازيب جهة الوجه المصابة واضحة غائرة وأرنبه الانف وزاوية الفم  
وطرف الذقن منجذبة نحو الوجه المريضة وعند لمس العضلات يحس  
بتوترها وصلابتها وحرارتها تفسر بالسكابة بحيث لا يتيسر للريض غلق عينه  
غلقا تاما ولا يستطيع منع حصول النبوة ولا يقاها - وكل حركة عضلية  
ارادية في احد اجزا الوجه تصطبغ بتشيجات عضلية في عضلات أخرى  
منه وفي ابتداء هذا المرض تكون غالبا الجهة المريضة من الوجه مؤلمة  
وفيها بعد يزول الألم لكن يدuran يعقبه فقد الاحساس بالكلية

وفي أحوال أخرى قد لا يكون جميع الياف العصب الوجهى مشتركة  
في التنبه المرضى بل المصاب بعضها فقط كالفروع الجفنية أو الشرقية  
أو الشفوية أو فروع صيوان الاذن كما شاهد ذلك المعلم رومبرغ في حالة فعند  
اصابة الفروع الجفنية يحصل في الاجفان انطباق وانفتاح بشرعة أو  
انقباض تشنجي يعرف بتشنج الاجفان وعند اصابة فروع الشفة تحصل  
حركات تشنجية تشبه الضحك في جهة واحدة أو في الجهتين معا تعرف  
بالضحك الكلي أو الصاردوني وعند اقتصار الاصابة على فروع صيوان  
الاذنين تحصل حركات تشنجية فيهما فتنجذبان الى أعلى أو اسفل  
مدة خمس دقائق وأكثر واحيانا يمتد التشنج الوجهى الى اعصاب محررة  
أخرى مثل امتداد التيك المؤلم فتحصل حركات مصاحبة أخرى في  
عضلات المضع أو في العصب تحت اللسان أو الاضاقى لولاس أو في الاعصاب  
الشوكية

وسير هذا المرض من ومدته غير محدودة والعادة ان يستمر طول الحياة  
بعد حصوله فجأة أو تدريجا والذي يمنع من الوقوع في الخطا والتباس الشكل  
التي تنومي من هذا المرض بالنجذاب الوجه الذي يشاهد في أحوال الشلل  
العضلي النهي الجانبي هو عدم اضطراب حركة عضلات الجهة غير  
المنجذبة وتأثيرها الطبيعي من التيار الكهر بائي وكذا بالذي نبه عليه  
المعلم برونس من أنه في احوال هذا الشلل لا يحس عند لمس عضلات

الجهة السليمة بتوتر دائم فيها ويجذب جلد الوجه في هذه الجهة يمكن استرجاع شكل القدم ثانية

### المعالجة

في الاحوال الحديثة لتشنج السحنة قد تنمر المعالجة المعروفة والمصرفه واماني الاحوال المزمنة او المستعصية فلا تجدى المعالجة نفعاً ولو بالكهر بائية وان نشأ التنبيه المرضى للعصب الوجهى بطريق الانعكاس وامكن معرفة فروع العصب التوأى الثلاثى الناشئ عنها التبرنج جاز قطع اتصالاتها بالدماع بحماية القطع العصبى فانه حصل منها نجاح عظيم فى حالتين ذكرهما العالم رومبرغ فيهما قطع الفرع فوق الحاج وكذا يظهر ان الحقن تحت الجلد بالمورفين له فائدة كذلك فى احوال التشنج الوجهى الانعكاسى فقط وفى الاحوال المستعصية ينبغي استعمال الكهر بائية ولو ان نجاحها لم يثبت الا فى احوال قليلة والاجواد استعمل التيار المستمر واما قطع فروع العصب الوجهى نفسه فلا يجوز لما يترتب عليه من مرض اضر من الاول وهو شلل عضلات الوجه واما قطع العضلات تحت الجلد فقد تنجح فى حالة تشنج السحنة كما ذكره المعلم ديا فيباخ

### المبحث السادس عشر

(فى تشنج العصب الاضافى لولاس والاجزا المتوزع فيها)

قد يعترى هذا العصب كالعصب الوجهى حالة تنبيه مرضى وكيفية ظهور هذا المرض واسبابه غير واضحة كتشنج السحنة ويقال ان من اسبابه التواء الرأس الشديد وتأثير البرد ومرض الفقرات العنقية وأما تشنجات القفا التى تشاهد خصوصاً فى الاطفال عند التسنن المعروفة بتشنجات السلام فالذى يظهر انها ليست ناشئة عن اصابة هذا العصب أو الاعصاب العنقية بل الذى يظهر من سير هذا المرض ومضاعفاته أنه عرض لبعض أمراض الدماغ أو ظاهرة من ظواهر الاكسيميا

### في الاعراض والاسباب

يتضح التنبيه المرضي للعصب الاضافي لولاس بوجود تشنجات منقطعة  
أومسترة مصيبة لجهة واحدة غالباً في العضلات المتوزع فيها هذا العصب  
أعنى في العضلة المر بة المعينية أو في العضلة القصية الترقوية الحلية

ففي الحالة الاولى يشاهد انجذاب الراس جملة مرات غالباً الى الخلف انجذاباً  
مخرفاً بحيث يقرب القمعدوى من الكتف والاذن من الترقوة وبحسب  
تقلص العضلة القصية الترقوية الحلية أو المخرفة للقفا يتجه الراس اما جهة  
الامام أو الخلف كما أنه يشاهد في أثناء النوب ارتفاع الكتف الى أعلى  
بسبب انقباض عضلة العنق المخرفة وعند امتداد التنبيه العصبي  
المرضى الى العصب الوجهي يشاهد تقلص الوجه وعند امتداده الى  
الجزء الصغير من العصب التوأمي الثلاثي ينطبق الفك على بعضهما  
فيحصل ما يسمى بالكزاز وان اشتركت أعصاب العنق في الاصابة شوهد  
النواء الرأس وتحرك الاطراف العليا بحركة انقاذية ومثل هذه النوب  
المقصود به غالباً بالم في العضلات أو محمل اندغامها لا تستمر الا بعض ثوان  
وتتردد في ابتداء هذا المرض قليلاً ثم يكثر ترددها بحيث يمكن ان يصل  
عدد النوب نحو الثلاثين مرة في الدقيقة الواحدة حتى تصل المرضي الى حالة  
الياس وهذه النوب عادة تزول عند النوم والتشنجات المنقطعة المذكورة  
التي تصيب العضلات المتوزع فيها العصب الاضافي لولاس تظهر عادة  
بالتدرج ثم تتماثل شيئاً فشيئاً وزوالها بالسكينة نادر والغالب استمرارها  
مدة الحياة بدون تهديد

وتشنجات السلام في الاطفال يعنى بها نوب تشنج منفردة أو مترددة فيها  
ينجذب الرأس نحو الامام بسبب تشنج العضلاتين القصيتين الترقويتين  
الحليميتين المنقطعة بحيث يكون تردد انحناء الرأس نحو الامام كحركة اللعب  
الصينية وهذه الانحناءات تتعاقب ما يبطئ أو بسرعة بحيث تحصل في  
الدقيقة أكثر من ثمانين مرة الى مائة وكثيراً ما تشترك بعض عضلات الوجه  
في التشنج خصوصاً عضلات الاجفان وقد يظهر في بعض الاطفال المصابين  
بهذا الداء صرع أوله فيما بعد وربما يزولان بعد التسنين

وأما الحالة الثانية وهي التشنج المستمر في العضلات المتوزع فيها العصب  
 الاضائي لولس فهى التى ينشأ عنها الشكل التشنجى من التواء الراس  
 الى احدى الجهات وفى مثل هذه الحالة يكون التشنج قاصرا على العضلة  
 القصية الترقوية الحلمية بحيث يجذب الراس نحو الامام والجانب وأغلب  
 مشاهدة هذا المرض فى الاطفال دون البالغين بل قد يشاهد فى حديثي  
 الولادة عقب اصابة العصب الاضائي المذكور بالتشنج وقد تسبق نوبة  
 التشنج المستمر بنوب تشنج متقطع وفى ابتداء هذا المرض يعتبر واهيا جدا  
 بحيث يظن أنه حالة زوما ترمية فيأمر الطبيب بذلك بواسطة الابدوليك  
 او المروخ السكافورية او بأمر بغير ذلك من الادوية التى لا طائل تحتها  
 حتى يتضح له حقيقة المرض عقب ازدياده واستعصائه عن الشفا بالعالجة  
 المذكورة فيزداد ميل الراس الى الجانب المتعذب اليه وتبرز العضلة  
 القصية الترقوية الحلمية بروزا واضحا سيما جزءها القصى على هيئة جبل  
 متوتر وكذا جلد الجهة المقابلة يتوتر وتبرز عضلاته وباستطالة الزمن تتغير  
 سخنة الوجه بسبب جذب عضلات احدى جهتيه بعضلات العنق المتقاصمة  
 كما ان استمرار ميل الراس يؤدى لتقوس فى العمود الفقرى وانخفاض الصدر  
 فى الجهة المربضة

### المعالجة

أما التشنجات المتقطعة التى تصيب الاجزا المتوزع فيها العصب الاضائي  
 لولس فالوسائل العلاجية لا تجدى فيها نفعا عظيما غالبا وان تيسر للعلم  
 (مورنس) و(ماير) شفاء أحد العسا كروكان مصابا بالتشنج السخنة مع تشنج  
 متقطع فى عضلات العنق عقب استعمال التيار الكهر باى المتقطع فى  
 كل عضلة مصابة من عضلات العنق على حدتها خمس مرات فى خمسة  
 بجالس الأأن تجارب أخرى فى مثل ذلك لم تؤيده فى أحوال أخرى فيستنتج  
 ان مثل هذا النجاح استثنائى وكذا استعمال التيار الكهر باى  
 المستمر (بوضع القطب الموجب على العصب الاضائي والقطب السالب على  
 جزء آخر من أجزاء الجسم) يظهر أنه فى شكل التشنج المتقطع لا ينتج عنه  
 شفاء تام بل مجرد انحطاط فى التشنج والآلام وعين ذلك يقال بالنسبة

للخدرات كالبورفين والاترو بين والكورار بالحقن تحت الجلد فانهم لم تؤد  
 لنجاح تام الا في احوال نادرة وكذا المصرفات الجلدية (بالحرار يق والمرام  
 المنفطة) وأما الكي بالحديد المحمي على جانبي العنق فقد تحصل منه المعلم بوش  
 على شفاء تام في اربع احوال مستعصية واما شكل التشنج المسفرة فقد تحصل  
 منه على نجاح تام بواسطة الكهر بائية المسفرة وعند استمرار انقباض العضلة  
 القصبية الترقوية الحلمية يسوغ استعمال معالجة جراحية بخائفة  
 بالتعديل او القطع العضلي

المبحث السابع عشر  
 \* ( في تشنجات الكتف )  
 ( كيفية الظهور والاسباب )

تشنج الكتف عبارة عن تنبه مرضي يحصل في بعض الالياف العصبية  
 المحركة المتوزعة في عضلات الاصابع تشنجا يكون فقط وقت تحركه او تهيئتها  
 للكتابة بحيث يتعذر على المريض الكتابة بالكتابة من الانقباضات  
 التشنجية وان لم يحصل هذا التشنج في اثناء الكتابة بل من حركات اليدين  
 غيرها كشلل الجزم أو الحلب وحينئذ يسمى بحسب ذلك  
 ثم ان كيفية ظهور هذا المرض الذي ليس نادر الحصول وكثيرا ما يمنع  
 صاحبه من تعاطي صنغته بسهولة بالكتابة وقد ذكرت عدة نظريات في هذا  
 الخصوص اقر بها العقل ما قاله المعلم فرس انه عبارة عن مرض عصبي  
 منعكس فيه لا ينشأ تنبيه الاعصاب المحركة من الاعصاب الجلدية الحساسة  
 كما هو غالب الامراض العصبية المنعكسة بل ينشأ من الاعصاب الحساسة  
 العصبية والذي يؤيد ذلك هو ان نوبة المرض لا تحصل مطلقا من ملامسة قلم  
 الكتابة أو الورق بل من جعل اليد في وضع مستعد للكتابة بدون ملامسة قلم أو  
 ورق كما أنه يقرب العقل أيضا ان التنبيه العصبي المرضي لا يحصل فيه  
 الانعكاس من الاعصاب الحساسة الى المحركة بل من انتقال التنبيه من  
 المحركة المتنبهة بالارادة الى اعصاب محركة أخرى وحينئذ تشنج الكتابة  
 كتشنجات الرقص السيجي أو تشنج الكلام أي التلجلج فيه فالحركات غير  
 المنتظمة التي بها يحصل اضطراب الكتابة تعتبر حركات مصاحبة



وأما الامور السببية المهينة فن المشاهدات هذا المرض في الرجال أكثر منه في النساء واختلاف الاستعداد للاصابة هنا مبنى على اختلاف الاعتيادات كما يشاهد ذلك في الامراض العصبية وأكثر ما يصاب به من سن الثلاثين الى الخمسين أى السن الذى فيه تكثر الاشغال العقلية الشاقة وكذا الكتاب والمعلمون والتجار ونحوهم وما يهيى للاصابة به ضيق الكلام الملابس اذ بذلك تنضغط به عضلات الساعد مرة الكتابة وكذا الجلوس الممتع بمدة الكتابة واستعمال الاقلام الصلبة وبالخصوص الريش المصنوع من الصلب والامور التى يبنى عليها حصول ذلك عند تأثير تلك الاسباب غير معلومة

### في الاعراض والسير

تشنج الكتاب يسبق غالباً بتعب اليد وقت الكتابة واحساس بعدم الاستسالك على القلم عند القبض عليه بحيث يظن المريض أنه مجبور على ضبطه بقوة وعند تقدم المرض واتضاعه يحصل انقباض تشنجي وقت الكتابة في الاصابع الثلاثة الاول (الابهام والسبابة والوسطى) وهذا الانقباض تارة يكون في العضلات القابضة للاصابع وتارة في الباسطة لها وعلى حسب الاول والثانية يميز تشنج الكتاب الى عدة اشكال كانقباض الابهام التشنجي واختلاج السبابة او اليد او شكل آخر متكون منهما معا والقلم حال الكتابة يهتز الى اعلى او الى اسفل بحيث تظهر الكتابة كيبس الفراخ بدلا عن وضوحها وتوجه فكر المريض للخوف من وقوع ذلك مما يزيد وكما اراد المريض مقاومة ذلك والقادى على الكتابة كما امتد التشنج الى باقى عضلات اليد والساعد والعضد والغالب ان لا يكون هذا المرض مؤلماً واحياناً يصطب بتوتر الذراع وعند ترك المرضى الكتابة يزول التشنج رأساً وتعود الحركة الى حالتها الطبيعية وقد شاهد المعلم ومبرغ حالة تشبه ذلك في رجل يطار كان اذا قبض على المطرقة للدق بها تشنجت عضلات يده حالاً فانجبر على ترك صنعته واشتغل نقاشاً ثم ان تشنج الكتاب مرض مستعص عن الشفاء ومرض من للغاية ومن النادر شفاؤه واذا حصل تحسين فلا يستطيل غالباً وبعض المرضى تجبر لاجل التعيش على تعلم الكتابة باليد

اليسرى ولكن من سوء حفظهم كثيرا ما يصيبها ما أصاب الاولى

### المعالجة

معالجة تشنج الكتاب قابلة الجدوى غالباً سيما بالنسبة للاشخاص الذين لا تسمع حالتهم باقلال الكتابة أو تركها بالكلية ومع ذلك يتيسر للأطبيب تلطيف حالة مش هؤلاء الأشخاص باعتبار الحالة السببية وتقوية البنية ومنع استعمال الريش والقلام الصلبة وتنظيم الامساك بها وقت الكتابة أو باستعمال اجهزة بها يمكن للريض الكتابة بدون حركات متوافقة مننظمة في الاصابع (كثبيت الريشة أو القلم بواسطة حلقة معدنية تختلط بالسبابه أو غرس الريشة في قطعة من خشب الفلين ونحو ذلك) وكذا بالاستراحة من الكتابة مدة أشهر أو تمرير اليد اليسرى على الكتابة لكن قد لا يتحصل بجميع هذه الوسائل الاعلى بعض تحسين أوراحة ومن النادر الحصول على شفاتام والكهر بائية هنا هي الواصلة العظمى وبالنسبة لاستعمال التيار المستمر قد اختلفت آراء الاطباء المشتغلين بالمعالجة الكهر بائية فالعلم ارب يفضل تسليط تيار مستمر صاعد بوضع احد القطبين على القسم العنقي من العمود الفقري والقطب الاخر على اعصاب الذراع المريض وعضلاته ففي كثير من الاحوال شوهدت منفعة هذه الطريقة بمقارنة الكتابة وتحسينها بعد كل جلسة كهر بائية وكذا بتناقص الاحساس بتعب اليد لكن من النادر ان يحصل على نجاح تام ويشترط للحصول عليه التمادي على هذه المعالجة عدة أشهر مع استعمال تيار غير قوى جدا

### المبحث الثامن عشر

(في الانقباض العضلي التشنجي الدائى اعضلات الاطراف)

(كيفية الظهور والاسباب)\*

التشنجات التيبية نوسية التي تصيب أحيانا اعضلات الاطراف ولأنه يكون عرضا لمرض في الدماغ ولا الغضاع الشوكي تمهيا أطباء فرانساً (بالتشنجات العضلية الذاتية) فهي حينئذ تماثل الآلام العصبية لكنه يعسر علينا

في هذا المرض الاستدلال على التغيرات التشريحية للتشبيه المرضي الحاصل في مسير الاعصاب المحركة كما يعبر عايننا وجود التغيرات التشريحية للتشبيه المرضي الحاصل في الاعصاب الحساسة في احوال الآلام العصبية والسير الجيد غالباً لهذا المرض يقرب من العقل أن التشنجات الذاتية للاطراف تنبع عن تغيرات واهية وقيمة عادة في الاعصاب أو في اغمادها حتى ان بعض المؤلفين اعتبر هذه الحالة المرضية كشكل من الروماتزم ونسبها للاحتقان مع أوذيما في الاغماد العصبية وهذا التوجيه بسوغ القول به في كثير من الاحوال لاسيما التي تظهر عند الاطفال السليمين من قبل ومع ذلك فالتشنجات الذاتية العضلية في أثناء نقاهة بعض الاصابات المرضية الحادة أو المزمنة التي تؤثر تأثيراً مبرصاً قوياً في التبادل العنصري وتغذية الجسم وتؤدي لاضطرابات وظيفية عظيمة ممتدة كالتيهوس والجمبات الاجامية وداء بريكت والدفتيري يقرب للعقل جداً ان التشنجات الذاتية تتعلق في مثل هذه الاحوال باضطرابات جوهرية عصبية غير معلومة تظهر في أثناء سير الامراض السابق ذكرها وينبع عنها اضطرابات في الوظائف المختلفة ويوجه وجود التشنجات العضلية الذاتية والتي تظهر في أثناء الحمل والنفاس بكيفية مماثلة

لتي سبقت

ثم ان هذا المرض لاسيما الشكل الاول منه ينشأ عن تأثير البرد غالباً ويحصل على الخصوص في أثناء الطفولية وقول والكس ان هذا المرض نادر بحيث لم يشاهده كثير من اطباء مستغرب عندنا فانا نشاهدنا عدة عظيمة من احواله واتذ كر قول كريكن بورغ من ان هذا المرض ليس من اشكال الامراض الروماتزمية النادرة عند الاطفال

#### في الاعراض والسير

قديم بق هذا المرض مدة بعض أيام اضطراب بني عمومي مستمر كالهبوط والتعب وأما ابتداءه فيتضح باحساس مؤلم في الاطراف السفلى والعليا معاوتارة في اليدين والساعدين وتارة في القدمين أو الساقين وهذا الاحساس المؤلم يمتد على مسير الاعصاب ويتضح كذلك احساس

يتمثل وجثاوة وتعذر في حركة مفاصل الاطراف المصابة ثم بعد اسهارة تلك  
 الاعراض زمنامة تفاوتانظر أنشجيات سر بعة وقتية في سماني الساقين  
 وتشجيات عضلية أخرى تستجبل بسرعة الى انقباضات تبتنوسية مستمرة  
 وبذلك تصير الاطراف العليا في حالة انقباض مستمر والسفلى في حالة انبساط  
 مستمر أيضا فان كان هذا المرض غير معلوم وشوهه مثل هؤلاء الاطفال  
 اول مرة ووجدت الاطراف يابسة غير متحركة والركبة ممددة والعقبان  
 مرتفعين الى أعلا والايهام منثنيا في راحة اليدين امكن الظن بوجود  
 آفة ثقيلة في الاعضاء العصبية المركزية وكل من بسط الاطراف العليا وثني  
 السفلى يكون مؤلما للغاية عند الاطفال والعضلات المنقبضة تكون يابسة  
 واضحة ويظهر حول المفاصل عادة انتفاخ أو ذيماوى خفيف في الجلد وقد  
 تمتد الانقباضات التبتنوسية في بعض الاحوال الى عضلات البطن والظهر  
 بل والوجه والى العضلات المضغية ثم ان التشجيات العضلية الذاتية لا  
 تصطبج بحمى وان اصطحبت بها فافانها لاتصل لدرجة عظيمة عادة وطرق هذه  
 الانقباضات عند بعض المرضى قد يكون مصحوبا باحساس بضجر وتوارد  
 دموى نحو الرأس وسير هذا المرض يكون قصيرا في غالب الاحوال فانه  
 بعد قليل من الايام تزول هذه التشجيات العضلية وتعود الحركة ثانيا  
 لحالتها الطبيعية وفي أحوال أخرى قد تستطيل مدة هذا المرض كما أنه قد  
 يحصل في بعض الاحوال نكسات وزعم بعض اطباء كدلبش وهس ان  
 هذا المرض يتقوم من عدة نوب تشجية وان هذه النوب قد تستمر بعض  
 دقائق أو ساعات أو أيام وأنه في أثناء الفترات بين النوب يوجد بعض  
 جثاوة وضعف في الاطراف تارة وتارة لا يوجد أو أنه يوجد ضعف في  
 حساسية الجلد والعضلات في أثناء ذلك لكن الاحوال التي شاهدها  
 لم تشاهد فيها نوب وفترات من هذا القبيل

### في المعالجة

السير الجيد الغالب لهذا المرض يمنعنا من استعمال معالجة قوية وقد أوصى  
 كروكن بورغ باستعمال تباخير حب العرعر فهذه الوساطة الخفيفة  
 تزول آلام الاطراف وانقباض عضلاتها بسرعة عظيمة عندما اذا استعملت

الدلكات المنبهة المضادة للتشنج الموصى بها في هذا المرض وعندما اذا استعملت  
الوسائط المضادة للتشنج من الباطن كزهر الخارصين والورايانا والافيون  
وينعكس الامر فيما اذا حصلت التشنجات الذاتية في أثناء أحد الامراض  
الثقيلة فان مثل هذه التشنجات لا تزول الا بعد انتظام التبادل العنصرى  
وحصول تغذية طبيعية والمعالجة حينئذ تستنتج مما ذكر

المبحث التاسع عشر

(في الشلل الدائرى)

الشلل في الاعصاب الدماغية الشوكية يعنى به الحالة المرضية التي فيها  
لا تتنبه الاعصاب المحركة بقوة الارادة وحينئذ لا تنقبض العضلات  
انقباضا اراديا وأما اضطراب الحركة الارادية الناتجة عن سبب آخر لا سيما  
عن امراض المفاصل أو العظام فلا تعتبر من جملة الشلل - وأما الشلل  
العضلى فسنذكره عليه فيما بعد

ثم ان الشلل الناشئ عن فساد أو تغير في المركز العصبى الارادى ويكون  
متعلقا بعدم توصيل الفعل الارادى من هذا المركز الى الاعصاب الدائرية  
قد سبق الكلام عليه عند الكلام على امراض الدماغ كما وقد ذكر  
هناك أيضا نوع الشلل الناشئ عن اضطرابات دورية أو غذائية في الدماغ  
ويكون متعلقا بفقد الفعل الحيوى للدماغ بحيث لا يتم الادراك ولا ارادة  
الحركة كما انه في المبحث السابق قد تكلمنا على نوع الشلل الناتج عن  
تهتك في الالياف العصبية للتخاع الشوكى السنى بواسطة إنتقال التنبية من  
المركز العصبى الارادى الى الاعصاب المحركة - ففي هذا المبحث حينئذ  
لا تكلم الا على شكل الشلل الذى ينشأ اما عن انفصال الاعصاب الدائرية  
من الدماغ أو من التخاع الشوكى أو عن تغير جوهرى فيه - ما بحيث تفقد  
قابلية تنبيهها

(كيفية الظهور والاسباب)\*

أما انفصال الاعصاب المحركة من الاعضاء العصبية المركزية فلا يندران  
ينتج عن اصابات جرحية ومن هذا القبيل قطع الاعصاب في أثناء الاعمال  
الجراحية أو غيرهما من الاصابات الجرحية - وفي أحوال أخرى يتعلق

تفرق الاتصال بامتداد تفرح او غيره من التغيرات المفسدة الى الاعصاب  
 المجاورة وأعظم مثل لهذا الشكل فساد العصب الوجهي في أثناء سيره  
 من قناة فلوب بواسطة تسوس عظم الصخرة وكذلك يحصل تفرق الاتصال  
 المذكور بواسطة الضغط المستمر بورم واينور يزما أو ورم عظمي على  
 جزء من العصب بحيث يتلاشى وينفصل جزؤه الدائري من الاعضاء  
 المركزية العصبية - وقد يحدث الضغط القوي الوقتي على عصب تأثيرا  
 قويا يظن منه ان هذا العصب اعتراه انقطاع في محل الضغط فقد شاهد  
 هاس رجلا حال الاستناد على كرسي في أثناء نوم مستطيل قد اعتراه  
 شلل في حركة الذراع تعاصى شفاؤه على جميع الوسائط العلاجية - وفي  
 احوال نادرة قد يكون تفرق الاتصال العصبي ناتجا عن التهاب أولى جزئي  
 في العصب

وأما التغيرات الجوهرية التي بها تفقد الاعصاب المحركة قابلية تنبيهها بدون  
 تفرق اتصال فيها فليست معلومة كالتي ينتج عنها فقد قابلية تنبيه الاعصاب  
 الحساسة فبما انقطاع وصول الدم الشرياني الى الاعصاب المحركة مثلا تفقد  
 قابلية تنبيهها بدون وجود تغيرات مدركة فيها ومن الجائز كون الشلل  
 الروماتزمي ينتج عن احتقان وأذيماني الغمد العصبي بهما تضغط الالياف  
 العصبية وكون الشلل الذي يعقب نوب التشنجات الشديدة ينتج ولا بد عن  
 الافراط في قوة التنبيه وبعبارة أخرى انطاء قابلية التنبيه تعقب  
 التنبيه الشديد بوجه بسهولة بالتجارب الفسيولوجية لسكن العصب الذي  
 يفقد قابلية تنبيهه عقب شدة التنبيه فيه لا يظهر الحواسن مخالفا في التركيب  
 لهيئة العصب السليم الحافظ لقابلية تنبيهه - وعين ذلك يقال بالنسبة  
 للشلل الناتج عن ضغط متوسط أو عن تؤثر غير شديد فان هذا الشلل  
 ينسب بالنسبة لسيره للنقص في قابلية التنبيه لا الى تمك في العصب  
 وبالجملة فالتغيرات الجوهرية المحدثة لشلل الاعصاب في احوال التسمم  
 الزحلي وتسمم الدم بواسطة الميازما وكذا في احوال الشلل المعبر عنه بالذاني  
 غير معلومة  
 وأما الشلل الاستيري فهو وان لم نذكره عند الكلام على امراض الدماغ

وأعراض النخاع الشوكي لا يعد ولا بد من أنواع الشلل الدائري بل يتعاقب  
باضطرابات تشريحية غير مدركة في المركز العصبي الإرادي كما سنبين ذلك  
عند الكلام على الاستيريا

### الأعراض والسير

الانفصال التام لعصب من الاعصاب المحركة من الاعضاء العصبية المركزية  
ينجم عنه ولا بد فقد كل انقباض في العضلات المتوزع فيها فيؤدي للشلل  
وعين هذه النتيجة تحصل من التغيرات الجوهرية التي بها تنطفيئ  
قابلية التنبيه في الاعصاب وأمان كانت قابلية التنبيه ضعيفة ولم تكن  
منطقية بالكلية فن الجائز حصول انقباضات غير قوية وهذه الحالة يعبر  
عنها بالشلل الغير التام

وكل من الشلل التام وغير التام ذو الينبوع الدائري يتميز عن الشلل  
المركزي بامور منها نوع انتشار فان الشلل الدماغى والنخاع الشوكى يكون  
غالباً اما على شكل الشلل النصفى الجانبي أعني الفالج أو الشلل النصفى  
المستوى أى المصيب لكلا الجهتين فان كان الشلل قاصر اعلى قسم من  
العضلات المتوزع فيه عصب واحد كاد هذا المرض ان يكون واصفاً للشلل  
الدائرى فانه يندران تكون اصابة الدماغ محدثة لفقْد التأثير الإرادى على  
عصب واحد أو ان تقطع توصيل التأثير فى النخاع الشوكى قاصر على  
عصب واحد أيضاً كون تنبيه جميع الاعصاب يحصل على حالته الطبيعية  
وان حصل هذا الامر النادر فلا يكون الا فى ابتداء التيبس الجزئى ولا  
يمكن قلب موضوع هذه القاعده بمعنى انه كثير ما يكون الشلل الدائرى  
متداً على جملة اعصاب دائرية ومع ذلك فلا يندران بحكم من نوع هذا  
الامتداد على ينوع الشلل فان الاورام الدماغية ان أدت لشلل فى كثير  
من الاعصاب الدماغية المحركة فان هذا الشلل لا يحصل دفعة واحدة بل  
يمتد شيئاً فشيئاً على حسب نمو الورم بحيث يصيب عصباً دماغياً بعد الآخر -  
وعندنا مثل واضح شاهدته فى الاكليةك يتضح منه ان امتداد الشلل  
مهم جداً فى التمييز بين شلل نخاعى وشلل دائرى ناتج عن تسوس فى الفقرات  
العنقية وكان الشلل فى هذه الحالة تاماً فى الاطراف العليا مع فقد تام فى

حساستها وكان مع ذلك كل من حركة الاطراف السفلى وحساسيتها على حالتها الطبيعية فنوع امتداد الشلل هذا حكم مع التأكد ان الجذوع العصبية للاضفيرة العصبية هي المتأثرة بمرض الفقرات لا الخضاع الشوكي نفسه والشلل الروماتزمي الذي لا يندران يصيب كثير ام من الاعصاب لا يظهر بالنسبة لامتداده صفات مخصوصة وانما الامر المعلوم من أنه لا يكتسب شكل الفالج ولا الشلل العام للجسمين هو الذي يرتكن اليه في التشخيص التمييزي - وأما الشلل الذي يحصل في أحوال التسمم الزحلي فنوع امتداده واصف بالكلية بحيث لا يمكن من معرفة هذا الامتداد فقط التمييز بينه وبين شلل مركزي بل كذلك تمييز هذا الشكل من الشلل عن باقي اشكال الشلل الدائري بمعنى ان الشلل الزحلي يصيب على الدوام الاطراف العليا وانه يصيب إحدى العضلات الباسطة للاصابع بعد الاخرى ثم الباسطة لتمهضة اليد ثم الذراع واما القوابض فانها تبقى مصونة عن ذلك بالكلية ومنها اذا فقدت في أثناء سير الشلل اضطرابات الدماغ الاخرى دل هذا مع التقريب على ان ينبوع الشلل دائري وهذه القاعدة لا يجوز كذلك طردها ولا عكسها فانه لا يندران يوجد مع الشلل ظواهر دماغية ثقيلة ومع ذلك فلم يزل الشلل دائرياً والاورام الدماغية السائدة في قاعدة الدماغ كثير اما تثبت هذا الامر - ومنها أنه اذا كان العصب المصاب محتاطا دل تضاعف الشلل بالانتماز يا (أى فقد الحساسية) في القسم المتوزع فيه الياق حساسة دلالة مهمة على ان ينبوع الشلل دائري - وهذا يدل على ذلك أيضا فقد الحركات الانعكاسية والاضافية في الجزء المتوزع فيه العصب المنشل فان تسرع لنسج الحرك من وجود الحساسية الطبيعية بالالم عند وجود شلل ان قابلية التذميه في الالياف الحساسة محفوظة وان ارتباطها بالدماغ لم يعثره انقطاع ومع ذلك لا يمكننا بتبيين الالياف الحساسة احداث ظواهر انعكاسية فلا شك حينئذ ان توصيل التأثير العصبي في الالياف المحركة منقطع وان الشلل ينبوعه دائري فإلا لم يمكن للمريض قفل العين بالارادة ولم يحصل تزمش مع ان حساسية المتحممة طبيعية عند لمس المقلع لمساً فجائياً كان الشلل دائرياً مع التأكد وعكس هذا الامر



يدل على ان ينبوع الشلل مركزي فان لم يمكن المر يض بفعل الارادة  
تنبيهه عصب معلوم ولا احداث انقباض ارادى في العضلات المتوزع فيها  
هذا العصب بمعنى أنه مثلا لا يمكنه غلق العين اذا أمر بذلك وحصل بعكس  
ذلك تنبيهه بهذا العصب والعضلات المتوزع فيها متى تنبهت  
الالياف الحساسة بمعنى ان العين تغلق متى مست الملمحمة دل هذا حينئذ  
على ان ينبوع الشلل مركزي ففي مثل هذه الاحوال تكون قابلية تنبيهه  
الاعصاب الحساسة والمحركة محفوظة وكذا السبيل الذى يسرى التنبيه  
منه من الالياف المركزية الى الالياف الدائرية فيكون محفوظا ايضا وانما  
المركز الارادى الدماغى أو السبيل التى ينتقل بها فعل الارادة على الالياف  
المحركة هو المنفذ وبالجملة فمن ان الانطفاء السريع لقابلية الانقباض  
الكهربائية بمعنى فقد الانقباضات العضلية عند تأثير التيار الكهربائى  
المتقطع على العصب المصاب علامة مهمة دالة على ينبوع الدائرى  
للشلل فان الجهاز الكهربائى المتقطع المفرط فى استعماله الطبي بدون  
حد ولا احتراس ينبغى الاقلال من استعماله فى الطب العملى والاكثر من  
الانتفاع به فى التشخيص فانه فى الاحوال الحديثة من الشلل التى كثيرا  
ما تشاهد فى الطب العملى عند الاهالى وفيها التأتأة كدمن التشخيص بأن كان  
ينبوع الشلل دائريا أو مركزيا يكون البحث به مهما للغاية بالنسبة للحكم على  
حقيقة التشخيص غالباً فانه فى أحوال عديدة من الشلل الدائرى تتناقص  
قابلية الانقباضات العضلية الكهربائية بعد ظهور الشلل بأيام قليلة تتناقصا  
عظيما ثم تنطفئ بالكليمة وينعكس ذلك فها اذا كان الشلل مركزيا دماغيا فانه  
فى هذه الحالة الاخيرة تسمى قابلية الانقباضات العضلية الكهربائية اشهر  
عديدة بدون ان تتناقص وتضعف حتى ان المرضى المصابة بالفالج تتأثر  
تأثيرا عظيما فمرحما حتى استعمل التيار الكهربائى وأحدث عندهم انقباضات  
عضلية فى العضلات التى لم تنقبض بتأثيرا لارادة من منذ زمن طويل ولذا  
لا تخشى ضياع الزمن ولا الدراهم فى المعالجة بهذه الكيفية لزيادة الامنية  
فيها مهما كانت قليلة الجودة والاستحالة المريعة للاعصاب الدائرية عقب

انفصالها من الاعضاء المركزية الثابتة بالابحاث التشريحية يوجه  
بها سرعة الانطفاء لقابلية الانقباضات العضلية الكهربية في أحوال  
الشلل الدائري ولذا لا يستغرب الانطفاء السريع لهذه القابلية في أحوال  
الشلل الروماتزمي والزحلي فإنه مهم - ما كانت التغيرات التي تعترى العصب  
المصاب واهية لا بد وانها تكفي في احداث تغير في العصب بحيث ان كلا  
من الارادة وتمييز التيار الكهربي المتقطع لا يمكنه احداث تنبيه في  
العصب المتغير وكذلك في أحوال الشلل الدماغي تظهر اخيرا الاستحالة  
المرضية للاعصاب الدائرية ووضوء العضلات غير الفعالة ووقوعها في  
الاستحالة الشخمية وبمذا يتضح أنه في الاحوال العتيقة لا يمكن الانتفاع  
بفقد قابلية الانقباضات العضلية الكهربية في تشخيص نوع الشلل  
والتمييز بين الدائري منه والمركزي وأما في أحوال الشلل النخاعي الشوكي  
فان قابلية الانقباضات العضلية الكهربية تبقى محفوظة زمنيا وبلانارة  
وتارة تنطفئ بسرعة ولذا كانت غير مهمة في التشخيص التمييزي ونظن ان  
هذا الاختلاف يمكن توجيهه بابحاث (المعلم شيريدر) على تركيب النخاع  
الشوكي فإنه يوجد في هذا العضو الياق عصبية دائرية (أى متجهة  
من المركز نحو الدائرة) وهي لا تنتهي بدون واسطة في اعصاب  
دائرية بل تستحيل ابتداء الى أخلية عقدية عصبية منها تنشأ اعصاب  
دائرية ففيئذ مطابقة للقياس الصحيح يظهر قرينان العقل أنه عند فساد  
الالياق العصبية الاولى أى الخارجة من النخاع ووجهة الى العقد يحصل  
في قابلية الانقباضات العضلية الكهربية ما يحصل في أحوال الشلل  
الدماغي وعند فساد الالياق العصبية الثانية (أى الخارجة من العقد  
ومتجهة الى الدائرة) يحصل فيها ما يحصل في أحوال الشلل الدائري -  
ومن المستغرب أنه في بعض أحوال الشلل الدائري يمكن احداث انقباض في  
العضلات بواسطة التيار الكهربي المستمر دون ما يحصل بواسطة التيار  
الكهربي المتقطع وأكثر من ذلك غرابة أنه في مثل هذه الاحوال  
يحدث التيار الضعيف في العضلات المشللة انقباضا عاليا مع أنه ضعيف لا  
يحدث انقباضا في العضلات السليمة وليس عندنا توجيه شاف لهذه الظاهرة  
التي شاهدتها واثبتتها مرتين في الالكليمك المتعلق بنا في أحوال الشلل

الوجهى الروماتزمى والذى يستبان من ذلك طبعا لما قررناه سابقا ان  
تهيج عصب بواسطة التيمار المسمر مخالف بالسكامة لتهيجه بواسطة  
التيمار المتقطع

ثم ان انفصال الاعصاب المحركة من الاعضاء المركزية وانطفاء قابلية تهيجهما  
يؤدىان لعين الاضطرابات الدورية والغذائية التى شرحناها فى احوال  
الانستازيا الدائرية وهذه الاضطرابات تشتد جدا فى الاحوال التى فيها  
يكون فقد الاحساس مرتبطا بالشلل وتناقص درجة الحرارة فى الاجزاء  
المنشلة يعمق ولا يديبطه الدورة فانه كما كان وصول الدم الحديث الى الاجزاء  
الدائرية الفارقة للحرارة مسهرا كانت برودتها أقل سهولة فى الحصول وكما كان  
ورود الدم الشريانى الحار اليها يثابتا تعادلت درجة حرارتها بحرارة الاوساط  
المحيطة بها ويظهر ان بطء الدورة يعمق بتضيق فى الشرايين وأقل ما  
هناك ان النبض فى الاجزاء المنشلة يكون غالباً أكثر صغرا عن ما فى الاجزاء الغير  
المنشلة وانقباض جدر الشرايين فى الاجزاء المنشلة لم يمكن توجيهه الى الآن  
وان اصبحت هذه الاجزاء المنشلة بالالتهاب يشاهد فيها ارتقاء فى الحرارة  
بدلا عن انخفاضها - ومن المنكوك فيه ان كانت الانستازيا الغير  
التامة متعلقة ببطء الدورة والاضطرابات الغذائية التى تتضح فى الاجزاء  
المنشلة ولو كان الشلل قاصرا على الاعصاب المحركة فى ابتداء الامراض وان  
الحالة الضعيفة تنتقل من الاعصاب المحركة الى الاعصاب الحساسة  
بواسطة العقد العصبية

ثم ان سير الشلل الدائرى يظهر فيه اختلاف عظيم على حسب الاسباب  
التي احدثته فان كان العصب منفصلا بواسطة جرح قطعى امكن ان يزول  
الشلل زوالا تاما عقب التماس تفرق الاتصال غالبا وأما ان كان العصب  
متمتكا فى امتداد عظيم فلا بد وان يبقى الشلل مسهرا طويلا الحياة والشلل  
الروماتزمى يكون فى الغالب ذا سير حميد فانه يندمى فى كثير من الاحوال  
بالشفاء وعين ذلك يقال بالنسبة للشلل الجرحى الغير التام الناتج عن انطفاء  
قابلية التنبيه عقب نوب التشنج أو عن مؤثرات خفيفة وكذا الشلل  
الدائرى الذى يعقب شفا التيفوس أحيانا تكون عاقبته حميدة أيضا بخلاف

الشلل الزحلي فانه يستعصى جدا وكثيرا ما يكون غير قابل للشفا

### المعالجة

الدلالة العلاجية السببية في الشلل الدائري لا يمكن انعامها غالبا بل وان  
امكن فلا تؤدي لنجاح عظيم الا في قليل من الاحوال فاستئصال ورم مثلا  
ادى بضغطه على العصب لشلل يكاد لا ينتج عنه غالباً رجوع الحركة  
الطبيعية ويستثنى من ذلك الشلل الروماتزمي ما لم تكن مدته طويلة جدا فان  
المعالجة الاثرية للمرض الاصلى كثيرا ما تعقب بالنجاح في هذه الحالة لسكن  
لا يؤمل الحصول على ذلك بواسطة الجواهر الدوائية المضادة للروماتزم غير  
الاكيدة التأثير كالعلاج وخشب الانبيا وخنق الذئب بل من الاستعمال  
المنتظم للحمامات الفاترة من المياه الطبيعية فاننا نشاهد عددا عظيما من  
المرضى المصابة بشلل قابل للشفا أو غير قابل له يهرع كل سنة الى حمامات  
تيلدس وويسبادن وويلدباد وقيفر أو نحو ذلك (وقد شاهدنا مياه حلوان  
الساخنة منفعلة مشابهة لذلك) فان شهرة الينابيع المذكورة في الشلل  
آتية ولا بد من نجاحها العظيم في الشلل الروماتزمي وما عدا ذلك يوصى في مثل  
هذه الاحوال لاجل مساعدة المعالجة بتلك المياه المعدنية باستعمال  
الدلكات المنبهة على الجلد على مسير العصب المصاب لكن لا ينبغي الايباء  
باستعمال فسلات من صبغات عطرية كما هو العادة التي تنبه الانف  
بدلا عن الجلد بل تستعمل المحمرات والمنقطات

وأما دلالات معالجة المرض نفسه فاعظم شئ يوصى به هو استعمال التيار  
الكهر باثى المستمر وقد ذكرنا فيما تقدم ان النجاح الذي يتحصل عليه بواسطة  
التيار الكهر باثى المستمر ينتج غالبا عن تأثير المنوع فانه يمكننا بواسطة  
المعالجة الجوانية احداث تنويع عظيم في الدورة والتبادل العنصرى  
للاعضاء المؤثر عليهم ولو كانت غائرة تحت الجلد وأما التيار المتقطع فليس له  
هذا التأثير فاننا قد شاهدنا احوالا عديدة من الشلل الدائري عولجت  
زمن طويلا بالتيار المتقطع بدون نجاح وشفيت بواسطة التيار المستمر  
وهذا يقال على الخصوص بالنسبة للشلل الروماتزمي والجرى الناشئ عن  
التسمم الزحلي

وأما دلالات المعالجة العرضية فتستدعى أولا تجنب حصول انقطاع تام في

قابلية تنبيه العصب المنشل شللا غير تام وثانياً تجنب حصول الضهور  
والاسترخاء المشحمة في العضلات المنشلة أو إيقافهما في ابتداء حصولهما  
فان كلامنا الانطفاء التام لقابلية التنبيه المتناقصة وضهور العضلات  
المنشلة واسترخائها متعلقة بالراحة المستمرة في العضلات المذكورة  
وقد تنبيهها بل ان هذه الاسباب كثيراً ما تكون هي السبب الوحيد في كون  
الشلل ولو حصل فيه تحسين لا يزول بالسكينة ولا جل تجنب هذا العارض  
ينبغي استعمال التكهرب المحدود فهو واسطة ناجحة في ذلك ومن القواعد  
المهمة في اجرائه هو أنه لا ينبغي استتالة الجلوسات الكهربية زيادة عن الحد  
وأنه لا ينبغي استعمال تيار كهربي قوي جداً وحيث نعلم ان قابلية تنبيه كل  
عصب تتناقص أو تزول بالسكينة عقب الراحة المستمرة أو التنبيه الشديد فلا  
حاجة لاطالة الكلام على ذلك كما انه من الواضح البين أنه في أحوال  
الشلل الجرحي والروماتزمي والتسممي لا يبتدأ باستعمال تأثير التيار  
الكهربي باني الا بعد ازالة تفرق الاتصال وابتداء رجوع قابلية التنبيه في  
العصب المريض بعبارة أخرى لا يستعمل التيار المؤثر الا متى شوهدت  
انقباضات عضلية عقب تأثيره وما ينبغي ان كل طبيب يكون عنده المام  
بالتكهرب الموضوعي بحيث ان استعمال ذلك لا يترك لغيرهم والمعلم من سن  
قد أوضح هذه المسئلة في رسالة له وصيرها سهلة للغاية بحيث ان التجارب  
ولو على الاصحاء طبعاً لهذه الرسالة يمكن بها الحصول على درجة من المعرفة  
الا كيدة كافية في ذلك

وتأثير الاستركتين في الشلل الدائري يقرب من تأثير التيار الكهربي باني  
المتقطع في هذا المرض الا انه باستعمال هذا الجوهر لا تحصل المساعدة في  
التئام الاعصاب المنفصلة ولا ازالة التغيرات الجوهرية الناتجة عنها الشلل بل  
يظهر ان هذا الجوهر يخبر يرضه للفعل المنعكس في النخاع الشوكي وازدياد  
تنبيه الحركات الانعكاسية التي به تتأثر الاعصاب المحركة تحصل المساعدة  
العظيمة في رجوع قابلية تنبيه هذه الاعصاب الاخيرة ما لم تكن قد انطقت  
نالسكينة بل متناقصة فقط وان أريد الحصول على فائدة حقيقية من  
لا ستركتين ينبغي استعماله بمقدار عظيم مع الاستمرار على ذلك الى أن يتضح

تأثيره في الفعل المنعكس للخاع الشوكى أى الى ان تظهر انقباضات عضلية خفيفة والذي يفضل في الاستعمال هو اما خلاصة الجوز المقبي الالكولية من ثلث حبة وهكذا بالتدرج الى ٢ (أعنى من ٢ سنجرام الى واحد بجرام) أو أزوتات الاستر كنين من  $\frac{1}{13}$  الى  $\frac{1}{4}$  (أعنى من ٠.٠٥ ز. ميليجرام الى ٠.١٥ ميليجرام) واما غير ذلك من الجواهر الدوائية كالارنيكا و خلاصة السماق السمي فليس له أدنى تأثير على سير الشلل الدائرى

### بحث العشرون

(في الشلل الوجهى المعروف بشلل مخنة الوجه وشلل بيل)

(كيفية الظهور والاسباب)\*

لا تتعرض هذا الشلل الوجه الناشئ عن فقد فعل الارادة الذى يكاد يكون على الدوام مصاحباً للالجاب ومكوناً لمرض من اعراض السكتة الدماغية أو غيرها من أمراض الدماغ بل لشلل الوجه الناتج عن فقد قابلية تنبيه العصب الوجهى فنقول

قابلية تنبيه العصب الوجهى وارتباطه بالدماغ يمكن ان يحصل فيها اضطراب بمؤثرات مرضية مختلفة وهذه تؤثر اما على أصل العصب قبل نفوذه من فوهة القناة السمعية الباطنة واما على امتداده الساتر في العظم الصخري واما على انتهائه الدائرية في الوجه - والغالب أن ينضغط أو ينفسد العصب الوجهى داخل الجمجمة اما بواسطة الاورام الدماغية التى تتكون في قاعدة هذا التجويف أو بواسطة نضج التهابى وهونادر أو بعض ثخن في الام الجافية أو الاورام العظمية

وأما في باطن قناة فليسوب فالغالب أن يكون تمك هذا العصب بواسطة تسوس الصخرة - وأما الانتهاء الدائرية للعصب الوجهى فقد تنقطع بواسطة الاعمال الجراحية اما عمداً أو صدفة مثال ذلك العربجى المشهور الذى أتى متشكراً للعالم بيل من أجل نجاح استئصال ورم عنده في الاذن الا أنه تشكى بأنه من منذ فعل العملية لم يكن عنده قدرة على الصفير لحيله وكذا الضغيط المستمر الذى يعترى تفرعات العصب

الوجهى بواسطة ضخامة العقد الليفى و ابرغرها من الاورام وكذا  
الرض والارتجاج اللذان يترتبهما بواسطة الصفع بالكف على الوجه يمكن  
ان ينتج عنه شلل وجهى ولا يتدرأ ان يشاهد هذا الشلل كذلك  
فى المولودين جديدا متى حصل فى فروع هذا العصب ررض فى اثناء الولادة  
بواسطة جفت الولادة لكن اكثر الاسباب المتجهة لهذا المرض هو تأثر  
البرد بخاة على الوجه حالة حرارته فكثير من المرضى من يعتبر به الشلل  
الوجهى بكونه يخرج رأسه من نحو شبه الك عقب القيام من الفراش فى  
الصباح وهو فى حالة العرق ونسب المعلم هلا كثرة حصول الشلل الوجهى  
فى زمننا هذا السكك الحديدى وذلك أن الشخص من خوف فوات الوقت يسرع  
فى السير نحوها قياتى اليها وجسمه فى حالة الحرارة والعرق ثم يصعد الى احد  
عرباتها ويتعرض لتيار هوائى بارد قوى يأتى من شبا كها المنفتح فينتج  
عن ذلك الشلل الوجهى

ثم ان الشلل الوجهى مرض كثير الحصول حتى أن الطبيب فرنك  
شاهد فى ظرف ١٥ سنة ٢٢ حالة منه والتقاويم السنوية بالنسبة  
لكثرة حصول الشلل الوجهى فى الاطوار المختلفة من الحياة واختلاف  
النوع والصنابع لم يتحصل منها على فائدة وان ثبت أن هذا المرض يكثر  
حصوله فى الجهة اليسرى من الوجه دون اليمنى فلا بد وان السبب فى ذلك  
ليس من ازيداد استعداد العصب الوجهى اليسارى بل من كثرة تعرض  
الجهة اليسرى من الوجه للصفع بالكف أو غيره من المؤات المضرة

#### اعراض الاعراض والسير

اعراض الشلل الوجهى عبارة عن فقد حركة عضلات الوجه المتوزعة فيها  
الالياف العصبية المصابة واسترخائها فشلل العصب الجبهى والرافع  
للحفن العلوى ينتج عنه تعذر فى حركة ثنى الجبهة وقال رومبرغ ان جبهة  
الكهول فى هذا المرض تصير مسا لجبهة الطفل وكذا ليجائر النساء فهذا المرض  
محسن لصورتهم وشال العصب المحيط الجفنى ينتج عنه تعذر فى حركة غلق  
الاجفنان فان امرت المرضى بفعل هذه الحركة اجرت حركة رفع الجفن  
السفلى حيث لهم قدرة على ذلك مع توجيه المفلة نحو الاعلى بحيث تغطى

بذلك القرنية والدموع لا تنطرد نحو القنوات الدمعية بل تسيل على  
 الوجنات والمقلة الغير المنغلقه غلقا تاما تكون معرضة للمؤثرات الظاهرية  
 المضرة بحيث تسهل اصابتها باضطرابات غذائية التهابية و كل من العضلة  
 الرافعة للشفة العليا وجناحي الانف وزاوية الفم والعضلتين الزوجيتين  
 لا يكون له قدرة على رفع الشفة العليا وتوسيع طاقتي الانف وزاوية الفم  
 وجذبها الى الاعلى وان حصل هسذا الشلل في العضلة الشدية شوه  
 انتفاخ صفحة الخد في اثناء الزفير كالشرع المسترخى ولا يخرج في اجراء بعض  
 الحركات الضرورى لها استعمال بعض عضلات الوجه كمنطق الحروف  
 الشفوية والصفير والنفخ والبصق وأما المصغ حيث كان غير متعلق بالعصب  
 الوجهى فيتم على حالته الطبيعية الا ان البلعة الغذائية كثيرا ما تصل بين  
 الشدق والاسنان من الجهة المريضة بحيث يجبر المريض على تبعيدها  
 بالاصبع وان كان الشلل الوجهى قاصرا على احدى الجهات حصل في اثناء  
 حركة السحنة تشوه واضح في الوجه وذلك اما لكون العضلات لا تنقبض  
 الا في الجهة السليمة مع بقاء عضلات الجهة الاخرى مسترخية او لكون  
 العضلات المنقبضة في الجهة السليمة تجذب الوجه جذبا منخر فالعدم مقاومتها  
 بانقباض عضلات الجهة المريضة بل وفي اثناء الراحة يوجد الوجه منجذبا  
 الى احدى الجهات وغير منظم فان زاوية الفم من الجهة المريضة تكون  
 اكثر انخفاض وطاقتي الانف أكثر ضيقة وتزول جميع انخفاضات الوجه  
 وثنياته وكل من ارنبة الانف والفم يكون منجذبا نحو الجهة السليمة وكان  
 تغير السحنة المذكورة يحصل من غلبة عضلات الوجه للجهة السليمة على  
 العضلات المضادة لها في الجهة المشلولة فكذلك يحصل الخوض العينى في  
 الجهة المريضة بغلبة الرافعة الجفنية العليا الغير المنشلة على العضل المنشل  
 المضاد له وهو المحيط الجفنى وان كان شلل الوجه مزدوجا زالت هيئة سحنة  
 الوجه بالسكامة فالمرريض يضحك ويبكى بدون أدنى انكماش في الوجه وما  
 شاهدنا حالة من هذا القبيل الا تصورنا أن هيئة المرريض الذي يبقى وجهه  
 بدون حركة في اثناء الضحك مفرعة للغاية كانه يشابه صورة عديمة الحركة  
 وهناك اعراض اخرى غير واضحة التوجيه كالسا بق ذكرها وليست من



علامة لهذا المرض على الدوام وهي اضطراب الذوق وانجذاب الغلصمة نحو الجهة السليمة وتحول اللسان ومن المشكوك فيه ان كان ضعف الذوق متعلقا بتناقص في افراز اللعاب وجفاف في الفم أو كانت الاحيلة العصبية الطبيعية التي لها اختلاط بأعصاب حلمات اللسان محدثة لتغير في حساسية الذوق ام لا واما تحول الغلصمة نحو الجهة السليمة فيوجه بالكيفية الآتية وهو ان الالياف العصبية المحركة الآتية مع العصب الصخري السطحي العظيم وواصله الى العقدة الوترية الحنكية الخارج منها الفروع العصبية الحنكية النازلة لا تحدث انقباضا وقصر افي عضلات الغلصمة الا في الجهة غير المشللة غير ان هذا التوجيه ليس خاليا من الاعتراض والشك واما تحول اللسان فنقول فيه ما ذكرناه في السكته الدماغية التي فيها توجد هذه الظاهرة بكثرة زيادة عما توجد في احوال الشلل الدائري وقد ذكرنا في المبحث السابق ان الحركات الانعكاسية في الشلل الوجهي الدائري التام غير ممكنة الحصول كما وان الانقباض الكهربائي لعضلات الوجه ينطفي بسرعة والحساسية في جهة الوجه المشللة تكون محفوظة في الاحوال الحديثة الواضحة لهذا المرض لكن عند استمرار الشلل زمن اطول ولا يحصل فيها تناقص وضعف غالبا ويظهر ان ذلك يندمج عن حصول اضطرابات غذائية في الاعصاب المشللة وهذه الاخيرة عبارة عن ارتخاء وضمور في جهة الوجه المشللة وزوال الطبقة الشحمية منها وامتقاع لون جلدها

ثم ان العلامات التي يستبان منها ان كان سبب الشلل الوجهي داخل تجويف الجمجمة أو في العظم الصخري أو في الوجه هي الآتية طبقا لما قاله رومبرج فيستدل على كون الشلل أتيما من اصابة في قاعدة الدماغ باشتراك أعصاب دماغية أخرى بخلاف العصب المنشل ويستبان ذلك من الحول ومن فقد الاحساس ومن الصمم ونحو ذلك كما ان ذلك يستبان من وجود شلل في الوجه من جهة ومن جهة أخرى من وجود شلل الاطراف واما كون الشلل ناشئا عن اصابة أو تمتمت في العصب الوجهي عند مروره من قناة فلاب فيستبان ذلك من السيلان الاذني المستطيل

ومن ثقل السمع أو المصم التام ومن انحراف الغلصمة ومن جفاف الفم  
ومن اضطراب الذوق الذي لا يوجد الا في هذا الشكل من شلل العصب  
الوجهي بسبب اشتراك العصب الصخري السطحي العظمي والاحبلة  
العصبية الظلمية في الشلل وأما حصول الشلل في الفريعات العصبية  
المتفرعة في الوجه فيستبان بكون المرض حصل من تأثير البرد بكيفية  
واضحة أو من تأثير جسم ساقط على الوجه أو من وجود ورم ضاغط على  
العصب الوجهي خصوصا في قسم الثقب الابرى الهلبي مع بقاء اعصاب  
الدماغ سليمة في وظائفها ومع كون مع الاذن المتصباة سليما والذوق طبيعيا  
والغلصمة مستقيمة

ثم نسير شلل الوجه يختلف بالكلية على حسب المجلس ونوع السبب  
المؤثر فان كان الشلل الوجهي ناشئا عن أورام في قاعدة الدماغ أو عن  
تمتك في العظام الصخرية بواسطة التسوس كان هذا الشلل غير قابل للشفاء  
وكذا في الاحوال التي يكون فيها الورم في الوجه قد أحدث بضعفه المستمر  
على الفريعات العصبية الدائرية اضطرابا أو تفرقا اتصال العصب  
وأما شلل الوجه الناشئ عن امابة جرحية خفيفة او الناتج عن تأثير البرد  
فعاقبته جيدة وهذا يقال على الخصوص بالنسبة لشلل الوجهي الخلقى  
الناتج عن ضغط جفت الولادة بل والشفاء العامة ان هذا المرض يزول  
في أثناء اسابيع أو أشهر ان كان جرحيا أو روماتزميا لكن لا بد لهذه  
القاعدة من استثناء

### المعالجة

طبقا لما ذكرناه بالنسبة للحكم على عاقبة الشلل الوجهي لا يمكن التسكلم  
الا على معالجة الشكل الجرحي والروماتزمي من هذا المرض وهذا ان  
الشكلان وان كانا يزولان من نفسهما بدون معالجة الا أنه يرضى في الا- وال  
الحدیثة من الشلل الجرحي باستعمال معالجة موضعية مضافة للالتهاب  
فيؤمر بارسال بعض العلق والوجهيات الباردة والدلك بالمرهم السنجابي  
الذي يبقى فيما اذا كان شلل الوجه الجانبي قد نشأ عند البالغين عن صدمة  
أدخرت على الوجه واما شكل هذا الشلل الخلقى عند المولودين جديدا فينبغي

تركه بدون معالجة وان كان هذا المرض قد نشأ عن تأثير البرد وجب تغطية  
 جهة الوجه المر بوضه في الاحوال المديثة برفايد ممتلئة بالماء البارد بعد  
 عصرها ثم تغلف بالشمع أو بالخرق المشمعة ويكرر ذلك بعد ذلك ساعة  
 او يغلف الوجه بالقطن المجهز مع استعمال الحمامات البخارية (او بكيس  
 ممتلئ بزهر البابونج بدتسخينه جافا وحشو به المروفي بالكيس العطري)  
 وفيما بعد تستعمل وسائل مهيجة قوية اخرى كالدلك بروح الخردل او وضع  
 الضمادات الخردلية أو الدلك بزيت حب الملوك او تستعمل الحرايق  
 وعندنا مشاهدات عديدة فيها حصل شفاء هذا المرض الروماتيزمي باستعمال  
 التيار الكهربي المستمر بل ونحن قد شاهدنا حالتين حصل فيهما النجاح  
 التام بواسطة المعالجة الجوانية وفي كلتا الحالتين كان لم يحصل ادنى نجاح  
 بواسطة استعمال التيار المتقطع وان عادت قوة الانقباض العضلية  
 الكهربية عقب استعمال الكهربي الجواني المحدود فلا مانع من احداث  
 سرعة في الشفاء بواسطة الاستعمال المنتظم للتيار المتقطع

\* (المبحث الواحد - د والعشرون) \*

\* (في شلل العضلة المسننة) \*

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

شلل العضلة العظيمة المسننة يكون في الاحوال النادرة ظاهرة من جملة ظواهر  
 الشلل العضلي المتدالي كثير من العضلات كما التبرز شاهدها بنفسى والغالب  
 أن يكون الشلل قاصرا على العضلة المسننة العظيمة ومن هذه المشاهدات  
 مع ما هو معلوم من ان العصب الطويل الصدى يتفرع زيادة عن العضلة  
 المسننة العظيمة المقدومة في عضلات صغيرة أخرى يستدل على ان اغلب  
 انواع شلل العضلة العظيمة المسننة ليس بدوعه مسكن ياد ما تخيل موضعها  
 وقد ذكرنا ان من العلامات المهمة لشلل الدائري كون الشلل فيه لا يمتد بعيدا  
 عن العضلات المنتشرة فيها العصب المشل وان العضلات المجاورة الواصل لها  
 فر وعصبية من عصب آخر تبقى مصانة عن الشلل وينضم لذلك الامر  
 المعلوم ان الشلل الدائري وغيره من الامراض العصبية الدائرية يحصل  
 بكثرة في الاعصاب التي تمر من مسامات أو فتحات ضيقة كور العصب

الصدرى الطويل من العضلة الاجمعية المتوسطة وهذا السبب المهم جدا بالنسبة لكيفية حصول شلل العضلة العظيمة المسننة وبالنسبة للتحقق من كون هذا الشلل في معظم الاحوال دايرا يعضليا لم يمتد به الى الاذن حق الاعتناء

ثم ان الاسباب المحدثة لشلل العضلة لعظيمة المسننة مجهولة غالباً ومن الواضح ان العصب الصدرى الطويل كثير امانا يعتر به اصابات مضره عند مروه من الاجمعية المتوسطة وهذه الاصابات تخفى علينا غالباً وقد يكون هذا المرض في بعض الاحيان ناشئاً عن مجهودات قوية تفعل بالاطراف العليا أو عن تأثير البرد وقد شاهد نيشليز حالة كان فيها شلل العظيمة المسننة مسبوقاً بسقوط على الكتف وتكون بعد هذا السقوط في العنق ورم حتى ان الطبيب المتدرب كان قد اراد قتله بالسلاح وفي حالة مهمة شاهدتها كانت عند رجل تقاش وكان هذا الرجل وقت شغلهم رفع لوحاً ثقيل على كتفه الايمن وما حصل عنده شلل العضلة المسننة أخذ في رفع اللوح على كتفه الايسر فحصل له كذلك شلل في العضلة المسننة العظيمة اليسرى

**\* (الاعراض والسير) \***

شلل العضلة المسننة سهل المعرفة فان فقد وظيفة هذه العضلة وغالبية العضلات المضادة في الفعل لها ينتج عنها تغيرات واضطرابات مخصوصة في الحركة واضحة فان فعل العضلة المسننة عبارة عن جذب عظم اللوح الى جذر الصدر وحفظه في هذا الوضع وجذب زاوية السقلى الى اسفل والوحشية فهذه العضلة يتضح فعلها خصوصاً عند رفع الذراع رفعاً مستعرضاً فانه يجذبه لزاوية الكتف نحو الاسفل بوجه الحفرة العنابية نحو الاعلى فان كانت العضلة المسننة منشأة فيتميز ذلك بتكون الحافة الانسية للكتف خصوصاً زاوية السقلى متجذبتين الى جذر الصدر بل يارتزبان الى الخارج على هيئة جناح رافعتين لثنية مثلثة من الجلد بحيث يمكن دفع الاصابع بين عظم اللوح وجذر الصدر دفعا غيرا والعضلتان المضادتان لهذه العضلة وهى المثلية الظهرية والرافعة للكتف تجذبان الزاوية العليا من هذا العظم الى اعلا وثقل الذراع والصدرية الصغيرة يجذبان زاوية الوحشية الى اسفل

والامام فالمرىض حينئذ لا يكون له قدرة على رفع ذراعاه في الخط المستعرض ولذا تكون حركته مضطربة بحيث ان رأى الطبيب مرة مريضاً مصاباً بشلل في العضلة المسننة وقت خايعه للباس أو لبسه ما يخص هذا المرض عند رؤية حالة جديدة وان ضغط على زاوية نحو الصدر والى الوحشية أمكن المريض حينئذ رفع الذراع أعلام الكتف بدون صعوبة ثم ان شلل العضلة المسننة مرض مستعص عن المعالجة فاننى لم اشاهد شفاء تاماً في حالة من الاحوال التي شاهدتها انما كثيرا ما شاهدت التحسين فيه حتى امكن المرضى السعي على أشغالهم بسهولة

\* (المعالجة) \*

المعالجة التي أوصى بها بكثرة في شكل الاحوال الحديثة من شلل العضلة المسننة هي الاستفراغات الدموية الموضعية والمحولات والمصرفات على الجلد هذا نفوذ العصب الصدري الطويل في العضلة الانجمية المتوسطة لكن ان استطالت مدة المرض زهناطويلا فلا يأمل النجاح طبقة التجارب المعلومه من استعمال التيار الكهر بائى المتقطع ويمكن أن يوصى بكثرة استعمال التيار المستمر وأتأسف من كوفى لم يمكننى استعمال هذه الواسطة الاخيرة الا في حالة واحد وفيها كان استعماله زمنا قليلا جدا لكن النجاح المتحصل عليه في احوال الشلل الوجهى الدائرى الذي نعتبره مشابها بالكلية لشلل العضلة المسننة بواسطة التيار المستمر يحرضنا على الاستعمال هذه الواسطة الاخيرة في هذا المرض

✽ المبحث الثانى والعشرون ✽

\* (فى الشلل التدريجى لاعصاب الدماغ) \*

\* (المعروف بالشلل التدريجى لسان والالهة والشفقتين) \*

✽ وبالشلل السانى الحنجرى ✽

وذكر فى العصر المستجدمن الاطباء الفر نساويين ذكر عدة من المشاهدات فيما ابتداء الشلل بالشفقتين ومنهما بالتدريج امتد الى اللسان ثم الهامة ثم الحنجرة واحيانا الى عضلات المتر مارا والى عضلات القلبة وهو نادر ولم تشاهد فى مثل هذه الاحوال اضطرابات فى الاعصاب الحساسة ولا فى اعصاب الحواس الثمينة

ثم ان كيفية حصول هذا المرض الغريب مجهولة علينا والتغير التشريحي  
الوحيد الثابت الذي يوجد في الجثة هو الضمور في الاعصاب المثلثية  
مع مكابدها للاستحالة التحموية لاسيما في العصب تحت اللسان وقد شوهد  
في بعض الاحوال ايضا تبس منتشر في النخاع المستطيل وطبقا لنظريات  
فكسهوت المعلم غير الماثبوتة الى الآن يكون هذا المرض الذي سماه بالشلل  
البصرى التدريجي عبارة عن اصابة مرضية مركزية في النخاع المستطيل  
مجالسه الاجسام الزيتونية والجوهر السنجابي المكون لقاعدة الحفرة المربعة  
المعينية المتكونة من تباعد الاحبلية الخاندية والخلفية من النخاع المستطيل  
وكائنة خلف هذا العضو وأما ضمور الاعصاب في هذا المرض فثانوي تبعا  
لرأيه اعني ناتجا عن التغير المرضي الذي احدث في الخلايا العصبية الكائنة في  
المخات السابق ذكرها وفي بعض الاحوال قد يسبق شلل الاعصاب الدماغية  
اعراض الضمور العضلي التدريجي بحيث ان أغلب المؤلفين القرنساويين  
يعتبرون هذين المرضين نوعين قربيين من بعضهما ولو أنه في احوال الشلل  
التدريجي لاعصاب الدماغ لا يشاهد تناقص في حجم العضلات المثلثة

ثم انه في ابتداء هذا المرض تكون مكابدات المريض واهية فالمرضى لا يكون  
لهم قدرة على تدبب القدم ولذا لا يمكنهم التنفخ ولا الصفير ولا البصاق واللعب  
المتراكم في القدم يسيل منه بدون ارادة وهيئة الوجه تصير في حالته  
مستغرب وذلك لان عضلات الشفتين لا تشترك في حركات السحنة ونطق  
الحروف الشفوية يتعسر ثم يتعذر مع الزمن وان امتد هذا المرض الى  
اللسان فلا يتعسر تقطع النطق فقط بل كذلك يتعسر كل من المضغ والازدراد  
وفيما بعد متى ازداد شلل اللسان وفقدت حركته بالكلية في الفم  
لا يمكن اجراء ازدراد بالكلية وشلل الهامة يتضح منه التكلم الانفي  
وكذلك تتعسر البعوضة الغذائية والسائل الواصل الى البلعوم  
من الانف أو الفم مادامت عضلات البلعوم حافظة لقوة انقباضها  
وأما ان شلت هذه الاخيرة ايضا فالمرضى ترجع ما يعطى لهم من  
المطعمات والمشروبات بواسطة حركات شبيهة عنيفة وحينئذ  
يلتجأ ولا بد لتغذيتهم بالمجس المروي وكل من حركة الاختناق

الحاصلة عند الازدراد ورجوع المشروبات بواسطة حركات شهيقية سهالية  
عنية يوقظ الظن بوجود استطراق بين الحنجرة والبلعوم وبينها وبين المري  
ثم ان سير هذا المرض بطيء للغاية والموت يطرأ غالباً امام عقب اضطراب  
التغذية بسبب صعوبة تعاطي المطعومات أو بظهور التهابات شعبية أورثوية  
عندهم عقب تردد دخول السوائل في المسالك الهوائية ويكاد لا يوجد  
عندنا مشاهدات اكدية تثبت حصول التحسين الواضح أو الشفائي في هذا  
المرض وانما ذكر بغير ركت انه تحصل على تحسين عظيم بل وشفاء بواسطة  
تأثير التيار الكهربائي المستمر في العظم السمباتوى والتنشؤ الحلبى وانه  
في الاحوال المتقدمة امكنه ازالة العرض الخطر وهو شلل الازدراد بهذه  
الواسطة ولاجل انالة هذه العناية كان الطبيب المذكور يضع القطب  
النحاس على العمود الفقري ويمس بالقطب الخارجى منى تفاحة آدم والاجزاء  
المجاورة لها بحيث كان يحدث بواسطة التيار الجولوانى فى كل جلسة قدر  
٣٠ او ٣٠ حركة ازدرادية وهل هذه حقيقة النتيجة الشفائية الجميلة  
صححة حقيقة او هنالك اختلاط بين عسر الازدراد الاستيرى والمرض  
الذى نحن بصددده فانه يتيسر بما لجة عقلية صرف شفاء حرمة استيرية  
فى زمن قليل وكانت هذه الحرمة تنغذى من مدد من طويل بواسطة المجلس  
المروى وكانت قد جلت مدة طويله انبوبة معدنية فى القصبة الهوائية  
للتنفس

### المبحث الثالث والعشرون

(فى السائل الذاتى للاطفال الذى سماه المعلم هينا بسائل الاطفال) \*

لا يتيسر لنا الحكم مع التأكد بان كان السائل الذاتى للاطفال يعد  
من امراض الدماغ أو النخاع الشوكى أو اعصاب الديرية أو بان كان  
ينبوعه نارة دماغية أو شوكية وتارة ديرية كما قاله فوكوت وذلك لعدم وجود  
صفات تشريحية مؤيدة لذلك وحينئذ ترى ان تسمية هذا السائل بالذاتى صائبة  
للعناية واما كان التهاب النخاع الشوكى أو الانسكاب الدموى فيه هو السبب  
الاساسى لهذا المرض وظهوره فان التغيير الرضى فى الزمن الذى يسمى فيه  
السائل بالذاتى عادة يكون - انتهى - الذى يستحق الاعتبار - يمتد والمعالجة

ليس المرض الاصلى بل الشلل الناتج عنه فان الشلل الذاتي يكون ولا بد في الغالب اثر التغير مرض سابق حاد وجميع المؤلفين اتفقوا على ان هذا الشلل يحصل في ظرف قليل من الساعات ويكون تاما وانه لا يمتد فيه ما بعد من الطرف المصاب الى محل آخر

واسباب هذا المرض وكيفية ظهوره مجهولة عالية وغير واضحة وهذا المرض يكاد لا يحصل الا فيما بين الطفولة مدة التسنين أو بعده بقليل اعني من الشهر السابع الى انتهاء السنة الثالثة ويصيب الاناث والذكور من الاطفال على حد سواء ولا يقتصر في الاصابة على الاطفال الخنازير بين المنهوكي البنية بل يصيب كذلك الاصحاء منهم ويعتد من اسباب الائمة لهذا المرض الامراض الطفولية الحادة والبرد لاسيما جلوس الاطفال على نحو الرخام وهذا السبب الاخير لا يمكن القول به فان عددا عظيمما من الاطفال يجلسون في كل يوم على الحجارة الباردة ومع ذلك فالشلل الذاتي ليس من الامراض السكثيرة الحصول عندهم

#### في الاعراض والسير

هذا المرض يبتدئ في كثير من الاحوال باضطراب حسي عام واعراض الاحتمقن الدماغية أو الالتهاب المعاني وكما انه في كلاهما - ذين المرضين توجد الحمى والاضطرابات العقلية ونوب التشنجات وفقدا الادراك وصرير الاسنان ونحو ذلك من الاعراض ولا يمكن الحكم الامن السير والتمييز بين هذين المرضين اعني بان كان هناك احتقان دماغي أو التهاب مخائي فكذلك لا يمكن الحكم من الصورة المرضية المتصف بها ابتداء الشلل الذاتي الا بالتمييز بان هناك احتقان دماغي شديد او انه بعد زوال التشنجات ورجوع الادراك بقي شلل تام في أحد الاطراف أو في جملة منها فتسارعة يكون المثل أحد القدمين والذراعين وتارة الطرفان السفلان لكنه لا يحصل هذا الشلل في طرفي جهة من الجهات معا مطلقا اعني الفالج وهذا امر يثبت ان هذا المرض لا يكون متعلقا لا بسكتة دماغية وبالتهاب دماغي وكذا لا تشترك المثانة ولا المستقيم في الشلل مطلقا وكان هناك احوالا مسبوقه في ابتداءها باضطرابات دماغية ثقيلة واصفة فكذلك هناك احوال



فيما تصاب الاطفال بالشلل بدون اضطراب عام حتى وبدون نوب تشنجية  
او كوما سابقية بل فيما تصاب الاطفال بجفاة بشلل في احد الذراعين او الياقين  
معا والجزء المصاب يصير مسترخيا فاقد الحركات الارادية

واما السير التام في هذا المرض فيختلف في بعض الاحوال يزول الشلل بعد  
قليل من الايام وينتهي المرض بالشفاء التام والمعلم هينا الذي شاع عدة  
احوال من هذا المرض يشك في ان احوال الشلل المعبر عنها بشلل الاطفال  
الوقتي ليس لها سبب آخر بخلاف احوال الشلل المستمرة عند الاطفال المعبر  
عنها بالشلل الدائمي

وقد شاهد المعلم وشين ان الانقباض العضلي الكهر بائي في الاحوال الحديثة  
من الشلل الوقتي يكون محفوظا بخلاف ما في الاحوال الحديثة من شكل هذا  
الشلل المستمر فان الانقباض العضلي الكهر بائي لا يكون محفوظا الا في بعض  
عضلات الطرف المشلول دون الأخرى ويمكن ان يعبر عن هذه المشاهدة  
بالكيفية الآتية وهو ان الحكم على العاقبة في الشلل الدائمي يكون جيدا  
وريح شفاؤه متى كانت العضلات المشله حافظة لقابلية انقباضها وغير حديد  
وغير قابل للشفاء ويعقب الشلل بالضمور والاستحالة المرضية في العضلات  
متى كانت قابلية انقباضها منقطعة

ومتى تقدم هذا المرض وانتقل للدور الثاني منة فقدت الاطراف الرخوة  
المرنة القابلة للحركة في كل وضع امتلائها بسمنها تدريجا فتقع في الضمور  
الذي يمتد الى الجلد والطبقة النخمية والعضلات بل والعظام فيكل من حجم  
الطرف بل وطوله يصير ضئلا جدا في الجهة المريضة عن الجهة السليمة ويضع  
ذلك ايضا احظا بما بعد مضي سنة ومع قلة التغذية وعدم كفايتها في الطرف  
المشلل يتضخم صغر النبض والنحط طر دج الحرارة فيه فيصير الطرف ذاهية  
مزرق وكثيرا ما تحصل فيه الغنغرينة الوضعية والتبديدات والقروح وينضم  
للضمور في الاطراف المشله عند تقدم هذا المرض تشوه واعتقالات عضلية  
فالعضلة الدالية الضامرة مثلا لا يمكنها حفظ رأس العضد في حفرة الكتف  
وتثبيته فيما ينسقط الذراع الى اسفل وتتمدد المحفظة المفصالية بقله وحينئذ  
يوجد اسفل التواء آخر في حفرة واسفل منها والى الوحشية يوجد

راس العضد وهذا الجزء يمكن رده الى محله بسهولة لكنه بتركه يسقط بثقله  
 نائما ويترك حفرة المفصل وان كانت الاطراف السفلى مصابة حصل في الزمن  
 الذي فيه تجهد الاطفال في الحركة بالزحف صر في العضلات التي تكون  
 حافظة لنوة انقباضها ولا تجهد مقاومة من العضلات المضادة لها في الفعل  
 وبهذه الكيفية تنشأ أنواع تشوه القدم المعبر عنه برجل الفرس وكذا الرجل  
 المنثنية على الجهة الوحشية وتحصل انقباضات مستمرة في مفصل الفخذ مع  
 الحوض والتشوه المصحوب بانثناء الركبة

وفي الاحوال المتقدمة من هذا المرض تكون قابلية الانقباض الكهربي باثمة  
 في العضلات المشللة منطوية بالكلمية ومن ذلك لا يمكن الحكم على ينبوع  
 الشلل فان هذا يوجد في جميع اشكاله بل وفي الشكل الدماغى منه مادام  
 الشال مستمرا مناسوبا ولا بحيث يعثرى كلالا من الاعصاب والعضلات  
 استحالة مرضية

والسالة العامة عند الاشخاص المصابة بالشلل الذاتي لا تتغير فكثير من مثل  
 هؤلاء المرضى من يعمر واغلبهم ان كان من الطوائف الدينية يوجد في  
 الطرق اطلب الصدقة مظهرين لتشوهاتهم جلب الشفقة عليهم

### المعالجة

لا يؤمل النجاح من الاستفراغات الدموية الموضعية على جانبي العمود الفقري  
 ووضع المصرفات على العمود الفقري الا في الاحوال الحديثة من الشلل  
 الذاتي واما في الاحوال المتقدمة العميقة فلا يتصور بهذه الطريقة احداث  
 تحلل في متحصلات التغير المرضي الذي تم سيره في النخاع الشوكي من  
 منذ زمن طويل كما لا يتعشم في شفاء جزء الدماغ الذي تكوّن فيه ندبة سكتية  
 من منذ زمن طويل وشفاء الفالج بذلك وفي الاحوال التي يكون فيها  
 الانقباض العضلي الكهربي منطوقا والاعصاب والعضلات مكابدة  
 لاستحالة مرضية يكون شفاء النخاع الشوكي ورجوعه الى حالة سلامة  
 بالفرض لو امكن الحصول على ذلك لا طائل تحته ولا فائدة فيه

وكان لا يمكن في معالجة الشلل الذاتي اتمام ما تستدعيه المعالجة السببية  
 ومعالجة المرض نفسه فالمعالجة العرضية لهذا المرض لها نجاح عظيم احيانا

فإدام بعض العضلات حافظا لثوة انقباضه وجب ولا بد الاستمرار على استعمال التيار الكهربي المنتقطع القوي اذ بهذه الوساطة يمكن مع التأكيذ حفظ قابلية التنبيه الموجودة وازديادها شيئاً فشيئاً ومنع تقدمات الضهور والاستحالة المرضية في العضلات كما وان في الاحوال الميؤس منها يمكن الحصول على نجاح عظيم بواسطة قطع الاوتار من تحت الجلد وغيره من الوسائط الميخانيكية المحسنة لوضع الاطراف كما دلت على ذلك تجارب هيننا

تذليل لامراض النخاع الشوكي والاعصاب \*

\*المبحث الاول\*

\*في الضهور العضلي التدريجي\*

\* (المعروف بالانتهاز المزمن للاحيلة المتقدمة من النخاع الشوكي) \*

\* للعالم شروكو \*

\* تنبيهه \*

هذا المرض قد شرحه نيباير في الطبعة الثامنة من كتابه في فصل امراض اعضاء الحركة ولكنه حين دلت التجارب والابحاث المستجدة على انه مرض عصبي فقد ألحقناه بشرح الامراض العصبية بل ان هذا المرض شرحه اخيرا العالم سيمس في الطبعة الاخيرة من كتاب نيباير في امراض النخاع الشوكي

\* كيفية الظهور والاسباب والصفات التشريحية \*

قد شاهد هذا المرض الذي نحن بصدده كل من الشهير كروفيليه واران وبعض اطباء الانكليزيين والالمانيين ولكنه الاخيرة منهم الذين اعترفوا به مرضا خاصا بنفسه مختلفا عن باقي انواع الشلل العضلي ومع ذلك فلم تتفق آراؤهم بالنسبة لمجلس الضهور العضلي التدريجي فبعضهم ذهب الى ان هذا الضهور نتيجة مرض عصبي اولى بحالته اما في الجذوع العصبية المقدمة للنخاع الشوكي ( كما قاله كروفيليه ) او في العظيم السهباتوى ( كما قاله شنيقوكت ) او هو الغالب في النخاع الشوكي نفسه وبعض المؤلفين يزعم مع ( اران وفرديبيرج ) ان منشأ هذا المرض في العضلات المريرة نفسها ويعتبر التغيرات الموجودة في المجموع العصبي نتيجة امتدادها من

الاعصاب السكائنة بين الالياف العضلية ممتدة من الدائرة الى المركز والذي  
 عضده هذه الظريات الاخيرة هو على الخصوص المعلم ( فيرديريش ) في  
 رسالته على الضهور العضلي التدرجي وعلى حسب رأيه يعتبره نشأ هذا  
 المرض الالتهاب المزمن في انحاء الالياف العضلية نفسها الذي يؤدي  
 الضخامة وتوخلاتي في المنسوج الخلووي بين الالياف العضلية وبهذا النمو  
 للمنسوج الخلووي تتلاشى الالياف العضلية اما عقب ضهور بسيط فيها  
 او مكابدها بالاسهالة الشهيمية أو الشحمية لكن في العصر المستجد من منذ  
 ما امكنا معرفة التغيرات ولو القديمة في النخاع الشوكي بواسطة طرق البحث  
 الجديدة عن هذا العضو وقد وجد كثير من المؤلفين ان التغير المرضي الخاص  
 بهذا المرض مجلسه القرون المقدمة السنجابية من النخاع الشوكي وهذا التغير  
 عبارة عن ضهور في الخلايا العصبية لهذه الاجزاء وازداد المادة البجمنتية  
 فيها الى الملوثة السوداء وتلاشها بالسكائية وحيث يظهر ان عامود الخلايا  
 العصبية المقدمة من النخاع الشوكي هو مجلس تغذية العضلات سيما  
 عضلات الجذع والاطراف فلا بد وان التغير المرضي لهذه الاجزاء يعقبه ضهور  
 عضلي يكون بالنسبة لمجلسه ودرجة امتداده طابقا وما ثلثة غير القرون  
 المقدمة وهذه الاصابة المرضية للقرون المقدمة السنجابية قد تكون اولية  
 وقائمة بنفسها او حينئذ تنضغ الصورة المرضية النقية للمرض الذي نحن  
 بصدده لكن من المعقول ان امراض النخاع الشوكي الاخرى كالتيس  
 الاحبلية الخلفية منه او الجانبية أو التيس الجزئي المتعدد من النخاع  
 أو الالتهاب المركزي لهذا العضو بل والالتهاب السحائي النخاعي الشوكي  
 قد يؤدي لاصابة القرون المقدمة وفسادها والضهور العضلي التدرجي تبعا  
 لذلك والجذوع العصبية المقدمة التي تخرج منها الالياف العصبية العضلية  
 تشارك في الضهور مع المركز النخاعي الشوكي الغذائي اما كثير أو قليلا  
 بل والاعصاب الدائرية التي فقدت مركزها غذائي قديمته بها أثر الضهور  
 الواضح والعضلات المريضة يحصل فيها ضهور كثير الوضوح أو قليله وتكون  
 حمراء باهتة أو مصفرة وفي الاحوال غير المتقدمة من هذا المرض بوجود  
 العضلة الواحدة بالمكرو سكوب خزيمة عضلية طبيعية وأخرى معتريها

الاستحالة الشحمية وألياف عضلية ضامرة ضور ايسيطا وقد وجد في  
 بعض الاحوال بدلا عن الاستحالة الشحمية في الالياف العضلية الاصلية  
 استحالة شحمية في المنسوج الخلقى بين الالياف العضلية ولذا ميز لهذا  
 المرض على حسب رأى (ورجوف) شكل جوهرى وشكل خلأى ومع ذلك  
 فقد يوجد كل واحد من هذين الشكلين مع الآخر ومن القريب الشكل الخلأى  
 الاخير شكل الضور العضلى التدريجى الذى شوهد في العصر المستجد وسمى  
 بالضمور العضلى الكاذب وبالتشحم العضلى وهذا الشكل الاخير يشاهد على  
 الخصوص في سن الطفولية والشبوية سيما عند الذكور وهو ينشأ عن تقوى  
 المنسوج الخلقى بين الالياف العضلية مع تراكم أخلية شحمية عديدة فيه  
 وأما الالياف العضلية نفسها فيحصل فيها ضمور كثير الوضوح أو قليله ومع  
 ذلك فقد يوجد تبعاً للتجارب (كوننيم) وغيره بين الالياف العضلية الضامرة  
 ألياف عضلية في حالة ضخامة عظيمة ومثل هذه العضلات تكسب ولومع  
 ضمور جوهرها الخاص حجماً عظيماً جداً بسبب نمو المنسوج الشحمى فيها  
 وحينئذ تظهر في حالة ضخامة عظيمة ولو كانت واقعة في الضور وهذا  
 الضور الكاذب يحصل على الخصوص في عضلات الاطراف السفلى لاسيما  
 في سمانة الساقين ثم في عضلات الاليتين والباسطة للعمود الفقري والصدر  
 وبعد اتضاح هذا المرض تكسب صورته المرضية هيئة مخصوصة وذلك ان  
 أطراف مثل هؤلاء الاطفال المكتسبة لحجم عظيم جداً تخالف بالكلية ضعفها  
 الشللى وضور باقى العضلات وقد اختلفت الآراء ايضا بالنسبة لطبيعية  
 الضور العضلى الكاذب كما اختلفت بالنسبة للضمور العضلى التدريجى  
 وقد ذهب (فريدريش) الى ان ينبوع هذين المرضين في العضلات بل ذكر  
 انهما مماثلان لبعضهما في الحقيقة قديشاهد كل من هذين التغيرين مع  
 الاخر في أقسام عضلية مختلفة وأما غيره من المؤلفين فينسب التشحم العضلى  
 الى الضور الكاذب لفقده تأثير الاعصاب المغذية وفي الحقيقة قد شوهد  
 في بعض الاحوال تغيرات في النخاع الشوكى (كإفاله شمركو وغيره) لكنها  
 لم توجد في احوال اخرى بحيث ان بعض المؤلفين المستجدين يذهبون للقول  
 بأن كلام الضور العضلى الكاذب والضمور العضلى التدريجى يظهر على

شكل مزدوج غير انه قد يكون مرصا منشأه عصبى تارة وتارة عضلى  
ثم ان الضمور العضلى التدريجى لا يشاهد كالمضمور العضلى الكاذب  
فى سن الطفولية والشبوية الانادرا وأغلب مشاهدة هذا المرض بين  
سن الثلاثين والخمسين ويندر مشاهدته فى السن المتقدم جدا ويكثر  
حصوله عند الرجال بحيث ان اصابته للنساء تكون بقدر ثمانية عشر على  
المائة طبقا لمتقنا وليم (فريدرايش) وقد اتضح فى كثير من الاحوال  
ان التأثير الوراثى له دخل فى حصول هذا المرض بل قد ثبت ذلك أحيانا  
فى جلة أجيال متعاقبة وفى هذه الاحوال الاخيرة كانت الذكور هى  
الاكثر اصابة وأما الاسباب الاعتمادية للضمور العضلى التدريجى فهى  
عبارة عن الجهود العضلية الشاقة فى بعض اقسام العضلات ولذا اتنا  
كثيرا ما نشاهد ظهور هذا المرض عند الشغالين ويبتدىء عندهم تارة  
بعضلات الاطراف العليا وتارة بعضلات الاطراف السفلى بحسب كثرة  
تعرضها للمشاق ومن الاسباب النادرة لهذا المرض بعد بعض المؤلفين  
خلاف ما ذكر تأثير البرد والافراط من الشهوات النفسية وسبق بعض  
الامراض الحادة كالتييفوس والامراض الطفحية الحادة والذئبة يريا  
والهيمضة والروماتيزم المفصلى الحاد والنفاس و يظهر ان بعض المؤثرات  
الجرحية قد تحدث هذا المرض أحيانا فذكر (روزنتال) ان السقوط من سطح  
عال قد يحدثه عقب ارتجاج النخاع الشوكى وحصول التغيرات المرضية فيه

#### بوالاعراض والسير

هذا المرض يبتدىء فى الغالب بعضلات اليدين والساعدين المعرضة بالاكثر  
للمشاق العضلية الشديدة وقديمة تبتدىء أحيانا بعضلات الكتفين ويندر  
أن يبتدىء بعضلات الاطراف السفلى والقطن والجذع وفى أحوال اخرى  
يظهر ان هذا المرض يبتدىء باصابع يمتدة وكل من اليدين والذراعين  
والاطراف السفلى المصابة يتعب بسرعة عند الاشغال ويعتبره ارتعاش  
واحساس بجمناوة وتنمل وكثيرا ما تحصل آلام جاذبة فى العضلات أو آلام  
عصبية دورية فى بعض الاعصاب وهذه الآلام كثيرا ما لا يعتنى بها فلا  
تشخص على حقيقتها بل تعتبر روماتيزمية ومن المهم فى تشخيص هذا

المرض التقلصات الحزمية العضلية التي تحصل تارة من ذاتها وتارة عند  
 الحركة أو المهيجات الظاهرية وهي عبارة عن انقباضات في بعض الحزم  
 العضلية (وليس في العضلة بتمامها) تتعاقب بسرعة ولذا أنها لا تحدث  
 حركات لكن هذه التقلصات الحزمية لا تحصل في جميع الاحوال وقد تحصل  
 في غير هذا المرض بل قد تشاهد عند الاصحاء (وتسمى بالاختلاجات)  
 والعلامة التشخيصية المهمة هي الخفاة التدريجية الواضحة في قسم  
 العضلات المصابة خصوصا يتضح هذا الضمور ابتداء في سمانة الابهام  
 والخنصر ويتضح مع ذلك حصول مياليزب عميقة في المسافات بين عظام الرسغ  
 بسبب ضمور اعضاء بين الاصابع ثم يتدهن الضمور من اليد الى  
 عضلات الذراعين مع بعض تقطع بكيفية بحيث لا بعض العضلات الغائرة  
 تبقى سليمة وتصاب عضلات العضد والكتف ومن الجائز أن يمتدئ التغيير  
 المرضي بعضلات الكتف ويمتد نحو الدائرة وفي العادة يصيب هذا المرض  
 أكتافا عضلية مماثلة لبعضها في الجهتين لكن ليس على الدوام ومع ذلك  
 فدرجة الضمور المزدوج وامتداده لا يكونان متساويين لبعضهما بالكلية  
 وبتقدم الضمور تناقص قوة وظائف العضلات المصابة شيئا فشيئا  
 ومع ذلك فلم تنزل قابلية الانقباض محفوظة ولو بعضا الى آخر أوارها هذا  
 المرض مادام بعض الالياف العضلية القابلة للانقباض موجودا وبذلك  
 يتميز الضمور العضلي التدريجي عن الشلل الحقيقي الذي فيه يحصل فقد تمام  
 كثيرا أو قليلا في قوة الانقباض العضلي وأما حجم العضلات  
 فلا يتناقص فيه بدرجة مطابقة لاضطراب وظائفها فالضمور الواضح لبعض  
 العضلات مع بقاء الاخرى سليمة ولو كانت مجاورة الاولى به يتيسر ولا بد  
 معرفة هذا المرض وليس من السادر أن يعترى بعض العضلات انقباض  
 مستمر فبقي الجزء المصاب حينئذ في وضع مخصوص ومن العلامات  
 الواضحة لهذا المرض شكل اليد الشبيهة بمخالب الحيوانات المفترسة  
 (كما قاله دوشين) الذي فيه تكون السلاميات الاولى من الاصابع منبسطة  
 والاخرتان منقبضتين وقد وجه ذلك دوشين بالكيفية الآتية وهي ان  
 العضلات بين عظام الرسغ الظاهرة والباطنة التي يفعالها المتحدثنى

السلاميات الاول وتبسط السلامة الثانية والثالثة تكون ضامرة وبذلك  
 تجذب عضلات الساعد المضادة لها وهي الباسطة والقابضة للسلاميات  
 تغلب في فعلها وقابلية الانقباض العضلي الكهربي تكون ابتداء على  
 حالتها الطبيعية (بل متزايدة طبقا لبعض المشاهدات) لكنها فيما بعد  
 تنقص أو تنطفئ بالسكينة بحسب درجة زوال الالياف العضلية القابلة  
 للانقباض وتلاشها أما قابلية الانقباض العضلي الذي يعقب التنبية  
 الكهربي الواسطي أي الآتي من العصب فانها تبقى محفوظة مدة من  
 الزمن زياد عن قابلية الانقباض اللاواسطية أي التي تعقب تأثير التيار  
 الكهربي على العضلة نفسها وكذا الانقباض العضلي الارادي يبقى أثره  
 زماما ويلاوأما الاحساس فانه يوجد بقطع النظر عن الآلام والثورات  
 الحسية السابق ذكرها التي قد تسبق تغير العضلات ارتقاء واضح في قابلية  
 التنبية المتعكس لاسيما الكهربي وقد يشاهد أحيانا في آخر أدوار هذا  
 المرض ثوران حسي جزئي ومع ذلك فالاضطرابات الحسية لا تكون عظيمة  
 غالباً وقد يشاهد في بعض الاحوال تضايق في الحدقة لاسيما في الجهة  
 الأكثر اصابة من الجسم أو تنقص في قوة انقباضها عقب شال الالياف  
 العضلية المتشعبة للقزحية وذلك بسبب امتداد الاصابة المرضية الى المركز  
 العصبي القزحي من النخاع الشوكي العنقي كما وانه قد شوهد في بعض  
 الاحوال تفرطح خفيف في القرنية وليس من النادر حصول اضطرابات  
 غذائية أخرى بخلاف الضمور العضلي لاسيما ضمور الجلد وظهور طفح  
 هر بسي على مسير الاعصاب المصابة أو اتفاحات مفصلية نواحي مفاصل عظمية  
 في السلاميات أو عظام الرسغ وهي تماثل التغيرات المفصلية التي  
 شرحها شر كوفي بمبحث السبل النخاعي كما وانه قد شوهد في بعض الاحوال  
 بعض اضطراب في الافراز كالعرق الغزير وبعض تغير في البول ولاسيما  
 تنقص ما يسمى بالسكريتين وهو متحصل التبادل العنصري العضلي  
 وقد تكون الحرارة أحيانا متزايدة في الاطراف المصابة قليلا لكنها فيما بعد  
 تخط بجملة درجات كما وقد تشاهد حركة جيدة في الدور الاول والاخير  
 من هذا المرض



ثم ان سبب الضهور العضلي التدريجي بطئ للغاية فقد يمتد بجملة سنين وفي بعض الاحوال الجيدة لا تتضح الصفة التدريجية لهذا المرض فالتغير المرضي يبقى قاصرا على بعض اصفار احد الاطراف لاسيما احد المفاصل كفصل اليد والرفق والركبتين بحيث يفضى عليه جملة سنين بدون ظهور تقدم فيه حتى ان المريض المصاب لا يكون عنده سوى اضطراب وظائف العضلات المصابة وأما الاحوال التي فيها يتقدم الضهور العضلي التدريجي بسرعة بحيث يمتد في زمن قليل الى عضلات الاطراف والجذع بل والعنق والرأس فانذارها خبيث فان المرضى في مثل هذه الاحوال الثقيلة معتمدها بالشهية ووحدة الحواس وسلامة العقل تفقد وظيفة اعضائها واحدا بعد الآخر فلا يمكنها فيما بعد المشي ولا تعير وضعها والاطراف العليا تكون معاقة يجوار الجذع بدون حركة بحيث يحتاج الحمال لتطعيمها بيذا جنبية والموت بطرأ حينئذ بطرق متعددة اما بواسطة اصابات مرضية في أعضاء التنفس وهذه يشتد خطرها بظهور عضلات الصدر والحنجرة والبطن أو ان الموت يحصل بواسطة شلل العضلات البلعومية اللسانية الشفوية أو انه يحصل من تقدم الغرغرينة الوضعية

وبالنسبة للتشخيص التمييزي ينبغي ولا بد تمييز الضهور العضلي التدريجي عن تيبس الاحبله الجانبية من النخاع الشوكي الذي شرحه المعلم شركو في العصر الجديد كمرض قائم بنفسه فان تيبس الاحبله الجانبية الذي يطرأ كمرض اولي يتضح ولا بد امتداده في الجزء العنقي من النخاع الشوكي ومع ذلك فالتغير المرضي قد يمتد الى اعلا نخوالاجسام الهرميسة وقنطرة الدماغ والى اسفل نحو النخاع الشوكي الظهري والقطني وحيث ان تيبس الاحبله الجانبية من النخاع قد يمتد الى القرون المقدمة من الجوهر السنجابي لهذا العضو فتعتبرها عين التغيرات التي تكابدتها في الضهور العضلي التدريجي فأعراض هذا المرض الاخير لا بد وان تتحد بأعراض تيبس الاحبله الجانبية وفي آن واحد تظهر اعراض اخرى لا توجد في الضهور العضلي التدريجي فانه في احوال تيبس الاحبله الجانبية يحصل ابتداء (تبعاً لشركو) شلل حقيقي والضهور العضلي لا يكون في حد ذاته ابتداء قويا واضحا

بحيث يوجه به على انفراد ضعف الحركة واضطرابها واما في احوال الضمور العضلي التدريجي فكل من ضعف الحركة وضمور العضلات يكون نسبة واحدة كما وانه في احوال تيبس الاحبله الجانبية يحصل ضمور عام يمتد باستواء على جميع الطرف عكسا لما يحصل في الضمور العضلي التدريجي فان فيه الضمور العضلي يكون في العادة قاصرا على بعض عضلات الاطراف وفي تيبس الاحبله الجانبية يكون الضمور في الغالب قاصرا على الطرف العلوي واما الشلل فيكون غالبا واضحا في الطرف السفلي وكذا في احوال تيبس الاحبله الجانبية من النخاع تحصل انقباضات مستمرة في الاطراف المثقلة الضامرة وهذا لا يحصل مطلقا (تبع الراي شركو) في احوال الضمور العضلي التدريجي وتيبس الاحبله الجانبية من النخاع الشوكي يمتد غالبا الى النخاع المستطيل فيحصل الشلل في الاعصاب الناشئة من هذا العضو بخلاف ما يحصل في الضمور العضلي التدريجي البسيط فانه لم يشاهد ذلك (تبع العالمة تاومر وشبن) الا في ثلاث عشرة حالة من المائة وتسعة وخمسين التي شاهدها وبالجملة في تيبس الاحبله الجانبية من النخاع الشوكي سريع والموت يطرأ عادة في ظرف ثلاث سنين بخلاف الضمور العضلي التدريجي فانه يمتد من عشرة سنين الى عشرين

وكذا يسهل تمييز الضمور العضلي التدريجي عن الشلل الزحلي الذي كثيرا ما يصيب احدى اليدين فان هذا الاخير من المعروف انه يبقى قاصرا على العضلات الباسطة لليد والاصابع فتضمم العضلات الباسطة وتكون اليد والاصابع ساقة مسترخية فلا تظهر الاصابع كما في الضمور العضلي التدريجي الوضع الخاص الشبيه بمنخالب الحيوانات المفترسة بحيث ان انبساط اليد والاصابع لا يكون تاما ولا يحصل بالكافة وزيادة على ذلك في الامور المساعدة على معرفة الشلل الزحلي وتشخيصه وجود علامات اخرى من التهم الزحلي كالمالة المحيطة بالحافة اللثوية من الاسنان ذات اللون السنجابي المنكوبة من رسوب كبريتات الرصاص وسبق المغص الزحلي والالام المفصلية الزحلية لكن علمنا ان لانسي ان الاشخاص المصابين بالتهمة الزحلي قد يحصل عندهم الضمور العضلي التدريجي الحقيقي

## \* المعالجة \*

لم يكن عندنا وسايط علاجية في هذا المرض سوى الكهر بائية مع تبعيد جميع الاسباب التي يترتب عليها فعل مجهودات عضائية في العضلات المصابة اذ بذلك قد تسر انما اقله في بعض الاحوال التي يود فيها بتلك المعالجة ولم تكن سريرة السير جديس فقط ووقوف هذا المرض بل تحسينه تحسيدا واضحا متفاوت الدرجة ولو كان ذلك وقتما غابا وكان يفضل سابقا (تبعاً لرأي دوشين) استعمال التيار الكهر بائي المتقطع على العضلات المصابة واما الآن فالفضل هو استعمال التيار الكهر بائي المستمر على شكل تيار جملواني ساقط من العا مود الفكري أو الجذوع العصبية نحو اعصاب العضلات المصابة أو يستعمل على التمعاقب التيار المتقطع على العضلات والمستمرة على الاعصاب ومع ذلك فهذا يحتاج لتصبر ومداومة طويلين جدا من المريض والطبيب معا حتى يتحصل على فائدة لكن كثيرا ما لا تتمر المعالجة الكهر بائية

## \* (المبحث الثاني) \*

## \* في الشلل الذاتي الاطفال \*

## \* (المعروف ايضا بالشلل النخاعي عند الاطفال) \*

هذا المرض الذي نحن بصدد وصفه سماه هين بما ذكر يحصل عادة بين السنة الاولى والثالثة من الحياة وهذا امر مهم بالنسبة لتمييزه عن غيره من انواع الشلل وهذا المرض يصيب في العادة اطفالا اصحاء البنية وقد يصيب اطفالا نحفاءها كثيرا التهييج وقد ذكر (روزنتال) ان امهات مثل هؤلاء الاطفال كثيرا ما يوجد عندهن اضطرابات عصبية أو ان كثيرا من اخواتها يكون قد هلك باللتشنجات والاستسقاء الدماغية وفي العادة لا يوجد السبب المتمم الواضح لهذا المرض وانما في بعض الاحوال يظهر انه نتج عن تأثير البرد أو بعض الامراض الطفغمية ذات السير الغير المنتظم ولقد تحقق لنا في العصر المستجد بواسطة مشاهدات اطباء فرنسا وبين (مثل شركو) وغيره ان مجلس هذا المرض هو الجزء المقدم من النخاع الشوكي أي القرون المقدمة من الجوهر السنجابي والاحبلة المقدمة والجزء المقدم

من الاحبلية الجانبية والجذوع العصبية المقدمة ومن ذلك يتضح القرب  
العظيم بين الشلل النخاعي الطفلي والضمور العضلي التدريجي وانما في  
المرض الاول تحصل التغيرات دفعة واحدة بسبب حدة التغير المرضي  
واما في المرض الثاني فانها تحصل بكيفية منمنة تدريجية

وهذا المرض يمتد بدور واحد تكون مدته قصيرة عادة فانه بعد سبق  
توعلك خفيف قد لا يلتفت له احيانا اوليلة قاني أو حركة جيدة خفيفة غير  
معلومة ينبوع أو حالة مرضية ثقيلة تستمر جملة ايام احيانا مع ظواهر تدل  
على احتقان الدماغ (كالهذيان والنفضات العضلية أو نوبة تشنجية مع فقد  
في الادراك) يطرأ شلل الاطراف اوهى والجذوع دفعة واحدة وهذا الشلل له  
صفة خاصة به وهو انه يكون عظيم الامتداد جدا في الابتداء وانه فيما بعد  
في الاسبوع الثاني غالبا أو بعد قليل من الاشهر تعود الحركة ثانيا في  
بعض اجزاء الجسم لاسيما في الاجزاء العليا منه لكن الشلل التام يبقى  
قاصرا على اجزاء محدودة ويستمر اذ ذلك طول الحياة وانما في الاحوال  
الحقيقية يشاهد بعد النوبة الاولى زوال ظواهر الشلل بالسلبية وشفائه  
شفاء تاما (وهذا هو الشكل الوقفي) والشلل الذي يستمر عادة يصيب  
غالبا الاطراف السفلى اكثر من العليا ويكون غالبا قاصرا على احد  
الساقين أو الذراعين (ويسمى بالموثوبايجيا) اكثر من اصابته لهما معا  
(المسمى بالباراليجيا) ويندر اصابته للطرف السفلي والعلوي لجهة  
واحدة من الجسم (ويسمى بالايبيجيا) أو للطرف السفلي من جهة  
والعلوي من الجهة الاخرى واندر من ذلك اصابته للاطراف الاربعة  
وفي الابتداء يكون كثير من عضلات الطرف المصاب أو جميعها مصابا بالشلل  
لكن عا قليل يعود لجزء منها قوة انقباضه الطبيعية فلا يبقى الشلل مستمرا  
التي بعض أقسام من العضلات وقابلية استعمال الطرف المصاب يحصل  
فيها فيما بعد عوق عظيم يقطع النظر عن الشلل بواسطة التشوهات التابعة  
التي تظر أعليها فان اغلب تشوهات القدم وانحنا آتة التي تحصل بعد  
الولادة تنجم عن الشلل النخاعي الطفلي وقد ذهب بعضهم الى ان كيفية  
حصول تشوهات القدم الشلالية هذه تنجم عن كون العضلات الغير المثلة

أواني شلها غير تام تجذب القدم الى جهتها وتبقى قصيرة ومع ذلك قد تصار  
 الاعراض من كل من هيمتر وفولسكمن على كيفية هذا الحصول بالفعل  
 العضلى المضاد اقله في جميع الاحوال فانه كثيرا ما تحصل تشوهات  
 وانحناءات عظيمة جدا عندما تكون جميع العضلات منشلة كما وانها ليس  
 من النادر ان العضلات المنشلة هي القصيرة وحينئذ فصول التشوه الشللى  
 ينبنى على ثلاثة امور ميكانيكية تأثر مع بعضها وهي اولاً الثقل النوعى  
 للجزء المصاب وثانياً الثقل الواقع عليه عند الارتفاع به وثالثاً عدم امكان  
 تعديل وضع الطرف الذى حصل بحركة العضلات الغير المنشلة واغلب  
 انحناءات القدم حصولها هو شكل الانحناء والتشوه المسمى برجل الفرس  
 وقذوجه هذا الامر يكون القدم المشل يأخذ هذا الوضع متى ترك هو  
 لثقله وأما عند الاطفال التى يمكنها المشى فان القدم المتحمل لثقل الجسم  
 يكتسب شكل التشوه المسمى بالقدم المقرطح أو الزاوى وأما مفصل الركبة  
 فلا يحصل فيه انقباض مطلقاً تبعاً لفولسكمن ولو كانت جميع العضلات  
 الباسطة للساق منشلة بل ان هذا المفصل قد يكتسب حركة عظيمة جداً  
 بحيث يحصل فيه تمدد عظيم وغير ذلك يحصل فى المفصل الحرقفى الفخذى  
 وفى الاطراف العليا لا تكون انقباضات واضحة فى مفصل المرفق فان  
 الطرف المشل يكون منسبطاً ومرتحياً واما فى احوال شلل العضد فان كلا  
 من العضلة الصدرية والعظيمة الظهرية وغيرهما يعتريه قصر بسبب عدم  
 التهود على رفع الطرف والاصابع يحصل فيها بسبب قصر اوتار العضلات  
 القابضة انثناء وانقباض وذلك يحصل تبعاً لفولسكمن عقب استمرار  
 الاصابع فى هذا الوضع فانها ليست ثقيلة حتى تكون فى حالة انبساط مستمر  
 كالذراع المنبسط المسترخى وبالجملة قد ينشأ عن شلل العضلات الظهرية  
 تقوسات فى العمود الفقري ووضع معيب فى الاكتاف ولو بدون شلل  
 وتشوه فى الاطراف

وقابلية الانقباض الكهربي تكون متناسبة قليلاً فى العضلات القليلة  
 الاصابع ومفتقدة بالكيفية فى العضلات التامة الشلل ومع ذلك فالقول بانها  
 فى جميع الاحوال التى فيها يفقد التنبيه الكهربي المتقطع فى الاصابع

الاول لا يكون هناك ادنى رجاء في الشفاء ليس صائبا في جميع الاحوال  
 ( كما قاله روزتال ) بل قد شوهد رجوع الحركات الارادية مع كون قابلية  
 التنبيه الكهربي باقية لم تنزل مفقودة ومشاهدة ( سالومون ) من حمية كون  
 العضلات المنشلة التي تفقد قابلية انقباضها العضلي بانماثير الكهر بائي  
 المتقطع لا يندر ان تبقى فيها قابلية التنبيه بواسطة التيار الكهر بائي المستمر  
 محفوظة قد صار اثباتها أيضا بواسطة غيره من الاطباء المشتهرين بالامراض  
 العصبية وحيث ان النصف من الخنك الشوكي في احوال شلل  
 الاطفال النخاعي لا يكون متغيرا فاحساس في هذا المرض لا يعتبر به ادنى  
 تغير وغاية ما هنالك ان يحصل فيه ارتقاء مرض في الابتداء وكذا فعل كل من  
 المثانة والمستقيم لا يعتبر به ادنى اضطراب في هذا المرض بخلاف العضلات  
 فانها تكابد ضرورا عظيما وهذا الضهور لا يتضح فقط في العضلات المنشلة  
 بل أيضا في العضلات القابلة للانقباض السليمة الخارجة عن دائرتها وهذا  
 الاضطراب الغذائي يدل على التآرب العظيم بين شلل الاطفال والضهور  
 العضلي التدريجي ففي الحقيقة يحصل في كل من هذين المرضين تغير او فقد  
 كلي في وظيفة الخلايا العصبية العقدية العظيمة من القرون المقدمية  
 السنجابية ولو كان ذلك بواسطة تغيرات مرضية مختلفة وكذا الاعصاب  
 و الشرايين والعظام تظهر أكثر رقة والاطراف العظمية الضامرة تكون  
 حركتها سهلة جدا غير طبيعية أو يعتبرها خلع مادامت الانقباضات العضلية  
 لم تحصل وعظام الطرفين السفليين معا أو احدهما يتآخر نموها الطولي جدا  
 وبضهور هذا الطرف يزداد التشوه واما الجلد المعطى للجزء المنشل ولو انه  
 يظهر باردا مرضيا الا انه لا يكون فيه ميل لحصول اضطرابات غذائية  
 كالغفر بنا الوضعية ونحو ذلك

ثم ان الشلل الحاد النخاعي وان كان لا يمدهد الحياة وتعمر مثل هؤلاء  
 المرضى حتى تصل الى عمر عظيم فمن جهة اخرى الامل في الشفاء التام  
 يكاد يفقد ما لم يحصل ذلك في زمن قريب من حصوله أي في ظرف سنة امامن  
 ذاته أو بواسطة الصبغة والتخمين التمييزي بين هذا المرض وغيره  
 من انواع الشلل التي تحصل عند الاطفال يرتكن فيه الى المنشاء السريع

لهذا المرض والى انه في احوال الشلل الدماغى لا تنطفى قابلية التنبية العضلى الكهربية كما هو الشلل الطفلى النخاعى بل تبقى مستمرة على الدوام وانه في احوال الشلل الدماغى يفقد الضهور العضلى العظيم فى العضو المصاب وانه فى هذا الشلل الاخر يوجد مع شلل الاطفال فى آن واحد اضطراب فى قوة الادراك وشلل فى الاعصاب الدماغية كاحدى جهتي الوجه أو بعض عضلات العين أو نحو ذلك واما بالنسبة لتمييز الشلل الطفلى النخاعى عن الشلل الدايرى فهو وان كان كل منهما يشابه الآخر من حيثية فقد قابلية الانقباض الكهربية وطرق الضهور العضلى العظيم الا ان الحساسية التى تبقى محفوظة فى الشلل الطفلى النخاعى تكون ولا بد ضعيفة أو مفقودة فى الشلل الدايرى للاعصاب المختلفة مع الحركة أيضا

وكذا عند البالغين قد تحصل اشكال من الشلل بينهما وبين الشلل الطفلى النخاعى مشابهة تامة ومن هذا القبيل الافة التى شرحها المعلم دوشين وسمها بالشلل النخاعى المقدم الحاد للبالغين ومنها أيضا شكل الشلل النخاعى المقدم الذى يطرأ ببطء ويسمى بالتححاد وقد ذكرت مشاهدات من هذا الشلل عند البالغين الشبيهة بشلل الاطفال من مؤلفين عديدة وصار وصف بعض صفات تسمى بحمية سيمامان الطيب (جمبوات) انضح منها ان مجلس هذين المرضين واحد وهى القرون المقدمة السنجابية من النخاع الشوكى والاعراض المهمة من الشلل النخاعى المقدم للبالغين عبارة عن شلل فى الحركة كثير الامتداد أو قابله يظهر ظهورا حادا أو تحت حاد كشلل الاطفال مع حفظ الحساسية على حالة صحية وكذلك فعل المشاة والمستقيم وعن فقد قابلية التنبية الكهربائى وظهور اضطرابات غذائية سريرة فى العضلات الشديدة الاصابة ولا يندر عند البالغين أيضا حصول تحسين أوز وال سرير أو بطء فى هذا الشلل وعلى كل حال فانذار هذا الشكل أكثر جودة من انواع الشلل النخاعى الذى ينتج عن الالتهاب النخاعى الاعتيادى واما معالجة الشلل الطفلى فلا يأمل فيه النجاح بالمعالجة الخفيفة المضادة للالتهاب كالاستفراغات الدموية الموضعية على جانبي العمود الفقري

والكمادات الباردة على هذا القسم والمنفطات والمسهلات اللطيفة ونحو ذلك  
 الا في الاحوال الحديثة من هذا المرض والشلل الذي يبقى لا يندران يحصل  
 فيه عناية ايل تحسين واضح من ذاته أو اقله يتحدد على بعض العضلات واذ  
 ما لم يحصل هذا المجهود الطبيعي يمكن الحصول باستعمال التيار الكهربي  
 المستمر (من العامود الفقري نحو الاعصاب والعضلات) مع الاستمرار به  
 جملة اشهر واعطاء فترات زمنية من زمانا على فائدة عظيمة سيما متى ضمنا  
 لذلك فيما بعد استعمال التيار الكهربي المتقطع اذ بذلك تتحسن الحركة  
 ودورة الدم وحالة تغذية الاطراف المنشأة وتوفاها وهذه المعالجة ينبغي  
 مساعدها باستعمال المقويات لاسيما المركبات الحديدية والحمامات  
 الفاترة فقد ذكر روزنتال انه شاهد تأثيرا جيدا من طريقة المعالجة بالماء  
 البارد بالنسبة لجسود النأثير على التغذية وتقوية العضلات المربضة  
 (وطريقة المعالجة بالماء تكون اما بالدلك به او بالاطراف المربضة بملات  
 مبردة ثم فعل حمامات جلوسية أو صب الماء على العامود الفقري في اثناء  
 الحمام) واما جودة تأثير استعمال بودور البوتاسيوم والحقن تحت الجلد  
 بكبريتات الاستر كنين من واحد مللي جرام الى خمسة (من ٠.٠٠١ الى  
 ٠.٠٠٥) على جرام من الماء فلم يتأكد نجاحه بالكلية وكذا المعالجة  
 العضلية بواسطة الطرق الميخانيكية يمكن الحصول منها على نجاح بواسطة  
 تجنب حصول التشوهات في القدم وتحسينها وذلك بتسهيل المشي عقب  
 استعمال اجهزة مخصوصة

\* (المبحث الثالث) \*

١) في الشلل التدريجي للنخاع المستطيل \*

\* (المعروف بشلل دوشين) \*

٢) وبالشلل الاساقى البلعومي الشفوي \*

\* (وبالشلل البصلي التدريجي) \*

هذا المرض الذي نحن بصدده ولوانه بين ومتصف بصورة مرضية واضحة  
 لم تتوجه اليه مع ذلك افكار المؤلفين الفرنسيين الا في العصر المستجد  
 ولا سيما دوشين فانه هو الذي عرف شكل هذا الشلل بانه مرض قائم



بنفسه واما الاطباء الالمانيون فهم الذين عرفوا المجلس المركزي لهذا المرض  
بانه كائن في النخاع المستطيل وذلك بواسطة الاستنتاجات النظرية  
وفي الحقيقة اقتصر الشلل على عضلات التكلم والازدراد ووجود هذا المرض  
في الجهتين هو الذي عضد القول بأن التغير المرضي الاصلى مؤثر في الصفر  
الذي منه تنشأ جملة نوايات عصبية محركة مختلفة من الجهتين قريبة من  
بعضها بالكلية وذلك هو قاع الحفرة المربعة بجوار الخط المتوسط وقد تأيدت  
حقيقة تلك الاستنتاجات في عصرنا هذا بواسطة الابحاث التشريحية المختلفة  
من كل من المعلم ليدن وشركو وغيرهما فانه يوجد على الدوام تغير مرضي  
واضح في نوايات كل من العصب تحت اللسان والاضافي لولس والعصب  
الوجهي لكن بالنسبة لطبيعة هذا التغير الاخذ في التقدم تدريجيا يمكن ان  
تصاب النوايات العصبية لتغيرها من الاعصاب الدماغية مع طول الزمن  
بحيث يصل التغير المرضي في بعض الاحوال الى مركز كل من العصب  
اللساني البلعومي والجزء المحرك من التواءى الثلاث والعصب المخري  
والمحرك للقلبة أو المقرب لها بخلاف العصب المتخبر اى الرئوى المعدى  
والسبحى والجزء الحساس من التواءى الثلاث فانها لا تصاب الا فيما بعد  
أولا تصاب بالسكية وأما القرون المقدمة السنجابية من النخاع الشوكى فانها  
كثيرا ما تشترك في الاستحالة المرضية وليس هذا بمستغرب منى علمنا  
ان نوايات الاعصاب المحركة من النخاع المستطيل تطابق مطابقة تشريحية  
وتماثل القرون المقدمة السنجابية للنخاع الشوكى ومن هذا يتضح القرب  
العظيم بين الشلل البصلى والضمور العضلى التدريجيين وكلاهما قد يوجد  
منضملا الاخر بان يحصل معا أو يعقب احدهما الآخر  
ثم انه في الشلل البصلى النخاعي التدريجى تقع الخلايا العصبية العقدية  
من نوايات الاعصاب المصابة في استحالة مرضية وضمور (وهو فى الغالب  
الضمور البجمتى الاصفر) وهذا الضمور يظهر انه نتيجة تغير احتقانى  
التهابى لتلك النوايات فينبئ ذلك تلاشى الاخلية العصبية هو الشرط الرئيس  
لهذا المرض ولو وجدت تغيرات اخرى كما هو الغالب لاسيما الضخامة  
والتكاثف التيبسى في الانغماد العصبية الم-وجوده في قاع الحفرة المربعة

بل ان هذا التيبس والضمور الخلوي قد يمتد في اثناء سيره هذا المرض الى المركز المحرك من النخاع الشوكي وقرونه المقدمة واحبلته المقدمة والجانبية وبذلك يوجه الطرف التابعي لكل من الشلل النخاعي والضمور العضلي التدرجيين الى الاعراض السابقة من الشلل البصلي وفي احوال قليلة قديمة هذا النعير المرضى الى اعلى نحو الاحبله الهرمية المقدمة ومنها الى العنق كما ذكره ليدن بل والى الجزء الابتدائي من نخاع المخ كما ذكره (قوه مول) وكذا الاجسام الزيتونية فمن النادر ان توجد متغيره وأما الاحبله الخافية من النخاع الشوكي والاجسام الناشئة منها فاما تبقى سليمة

ثم ان اصابة النويات العصبية البصلية يعقبها ولا بد تلاش وضهور في الجذوع والجذور العصبية المسامة لها وحيث ان هذه التغيرات التابعة للاعصاب تتضح جدا بالنظر زيادة عن التغيرات الدقيقة المذكور وسكونية للنويات العصبية التي لا تتضح الا بعد التيبس التام وتغير لون النخاع المستطيل فمن البين ان تلك التغيرات التابعة في الاعصاب هي التي استكشفت ابتداء قبل التغيرات الاولية في العضو المركزي

والعضلات المنشأة نفسها يمكن ان يعترها عند المرض بعينه اما استحالة شحمية أو شمعية واما ضمور بسيط ومع ذلك فنناقص حجم كل من اللسان وغيره من العضلات الناتج عن ضمور الالياف العضلية يختم في بواسطة غوا المنسوج الخلوي بين الالياف العضلية المعبر عنه بالضمور العضلي الكاذب والامر المعلوم من ان كلام من الشلل والضمور العضلي لا يكون بنسبة واحدة غالباً في درجة التقدم ادى للقول النظري بانه يوجد لكل عضلة اخلية عصبية عقدية غذائية ومحركة مخصوصة في النويات العصبية وانه يتعلق بمجلس النعير المرضى وامتداده في النويات العصبية اما تقدم الشلل في العضلة أو ضمورها أو حصوله من الامرين مما وأما امتداد النعير المرضى الذي يحصل غالباً بكيفية متقطعة على دفعات فقد نسب لنوع توزيع الاوعية في العضلات (كما قاله دوربت) ولا شك ان كل اضطراب غذائي للنسوجات منفصلة عن بعضها يوجه بارتباط تفرق الاوعية مع بعضها اذ بذلك ينتقل النعير المرضى من فرع وعائي الى آخر

ثم ان الاسباب الخفية لهذا المرض لم تزل مجهولة علينا فان المصابين بهذا  
 الداء يكونون عادة ساهمين من قبل وانما يظهر في بعض الاحوال ان لكل من  
 تأثير البرد والالتهابات النفسية والمجهودات العضلية الشديدة والمأثرات  
 الجرحية على الرأس والداء الزهري السابق الحصول دخلا كثيرا أو قليلا  
 في حصول هذا المرض وقد يتضح هذا الداء كمرض تابعي للضمور العضلي  
 التدريجي وتيبس الدماغ أو الخضاع الشوكي القاصر على اصفار متعددة  
 متفرقة وشلل المجازين ونحو ذلك وهذا الداء النادر الحصول يشاهد بالاكتر  
 عند الذكور وفي النصف الثاني من الحياة

ثم ان هذا المرض يندران بيته دئ دفعة واحدة على شكل دوار سكتي بل  
 الغالب ان تطرأ اضطرابات في التكلم بكمية خفيفة بدون ان يعنى بها  
 اما بدون اضطرابات اخرى أو مع اضطرابات خفيفة حسية كالآم في  
 الرأس والقفاو كالحساس بالضجر والانقباض في العنق ونحو ذلك ويتضح  
 بسرعة لتلك الاضطرابات عسري الازرداد عند الاكل فالتكلم يحتاج لمجهود  
 حتى يتم ويصير اللسان ثقيلًا ويفقد شيئا فشيئا قوة ارتفاعه الى اعلى ولذا ان  
 نطق المخارج التلافيفية التي تحتاج في تكونها الارتفاع طرف اللسان الى اعلى  
 تصير عسرة كحرف الدال واللام والنون والراء والسين وكذا يعسر نطق  
 المخارج التي تحتاج لتقريب الاجزاء الخلفية من اللسان الى سقف الحلق  
 كالجيم والكاف والسين والياء واشتركت العصب الوجهي في الاصابة  
 ينتج عنه بسرعة أو ببطء ضعف شلل في حركة الشفتين فيتعذر انطباق الفم  
 وكذا نطق المخارج الشفوية كالباء والغاء والميم والتاء والواو ونحو ذلك  
 وعند تقدم الشلل الشفوي يتكسب هيئة الوجه هيئة البكا وذلك بان يجذب  
 الفم عرضا بواسطة العضلات المضادة للعضلات الشفوية وبتضاح الثنيات  
 الانفية الشفوية وان اشتركت الخلايا العصبية العقدية العليا والنوايا  
 العصب الوجهي واشتركت أيضا العضلات الوجهية العليا في الاصابة تسج  
 عن ذلك شلل تام في الوجه يسهل ولا بد تمييزه عن الشلل الوجهي المزدوج  
 الدائري

وعند حصول الشلل الشفوي التام يسيل اللعاب على الشفة السفلى الساكنة

لكن احيانا قد يكون افراز اللعاب متزايدا حقيقة فقد ثبت من تجارب  
 (اجارد ولويب) ان تمسح المراكز العصبية المتسلطنة على الاعصاب  
 المفرزة الكائنة في الحفرة المرعسة ينتج عنه ولا بد افراز لعابي وأما شلل  
 اللهاة فهو الذي ينتج عنه التكام الانفي وصعوبة في تكون بعض الحروف  
 الشفوية كالياء والباء التي عند نطقها تمنع اللهاة هروب الهواء من الانف  
 ثم فيما بعد يتضح ببطء عظيم في التكام وتقطيع المخارج عن بعضها واخيرا  
 يصير التكام غير واضح بالكلمة وتقدح حركة اللسان أيضا سواء كان واقعا  
 في الضهور أم لا فالمرضى لا يمكنه الا احداث بعض الاصوات الانفية المزمارية  
 وحيثا يحصل عنده بحة شلالية في الصوت أو فقده بالكلمة مع شلل في الاحبال  
 الصوتية يمكن مشاهدته بالمنظار الخنجري

وعسر المضغ الذي يتزايد شيئا فشيئا ينتج عن فقد حركة اللسان والشفة  
 وعضلات المضغ وأما عسر الازرداد فانه ينتج عن ضعف حركات العضلات  
 العاصرة الباعوم وعن عدم سد الخياشيم أو المزمار عند الازرداد وبذلك ينفذ  
 مستحصل الباعوم في احد هذين الاتجاهين

وأما سير الشلل البصلي فاعظم أوصافه هو تقدمه التدرجي فينبغي  
 الاحتراس من اعتبار الانواع الاخرى من شلل التلطف والازرداد التي تبقى  
 مستمرة على حالة واحدة والتي تظهر بكمية حادة سريعة من قبيل هذا المرض  
 فانه ولا بد من حصول شلل تام في بعض الاعصاب الدماغية في جملة من  
 الامراض المختلفة للدماغ والمجموع العصبي فاننا بقطع النظر عن الوقوف  
 أو التحسين الوقتي لهذا المرض يستمر ولا بد في التقدم الى ان يحصل الهلاك  
 الذي لا نقاد منه وهذا الاتهاء المحزن يحصل عادة في زمن طويل من سنة  
 الى ثلاثة أو بعد عدة من السنين وعند تقدم سير هذا المرض كثير ما يمتد  
 التغيير المرضي الى النخاع الشوكي فحصل آلام ظهرية أو في الاطراف متلوة  
 بشلل فيها أو في بعض عضلات العنق أو الصدر أو الظهر وكذا يتضح الضهور  
 العضلي في بعض الاقسام العضلية لاسيما عضلات اليدين كما تقدم شرحه  
 في الضهور العضلي التدرجي وأما العضلات العاصرة فانها تبقى حافظة  
 لوظائفها الى الامات وكذا الوظائف العقلية تبقى غير متكدرة ولا توجد

حى والانتفاء المحزن اما ان يحصل بواسطة نوب ضيق عظيم في التنفس مع  
سرعة بدون قوة في انقباضات القلب بشال العصب المتخبر أو بواسطة شلل  
الحجاب الحاجز أو بفقده تام في حركة الازدراد تعقبه الخفاقة والنهوكة

### المعالجة

معالجة شلل البصلة الخناعية الشوكية لم يتحصل منها على نتائج عظيمة  
فانه لم يتحقق الى الآن هل يمكن في ابتداء المرض قبل تلاقى الخلايا  
العصبية العقدية الحصول على فائدة عظيمة بواسطة الاستفراغ الدموية  
الموضعية ووضع مثانات جليدية والمحولات واستعمال التشلل بالماء على هيئة  
المطر أو الشجاع في الحمامات الجلوسية الفاترة ام لا وأما نجاح استعمال  
التيار الكهربي بالجلواتي المستمر فغير مشكوك فيه ولو كانت الاراء مختلفة  
في ذلك فان اغلب المؤلفة لم يشاهدوا من استعماله الا وقوفاً قتيماً وتحسيناً  
وكذلك في حركة اللسان وقوة التكلم والازدراد والانتفاخ بالاعضاء المنشلة  
ولومع التمادى على استعماله بخلاف المعلم بتدكت فانه شاهد من استعماله  
نجاحاً عظيماً حيث شاهد وقوفاً بل وتحسيناً مستمراً والمذكور يسقط  
التيار الكهربي في اتجاهات مختلفة بين القفا والخجزة لكن النجاح  
العظيم يتسببه هذا المؤلف لتسليط التيار الكهربي بالتيار المستمر على الاعصاب  
السمبوتية بواسطة التوات الحلبية والصفيرة الفقرية اذ بذلك يقع التأثير  
على الاعصاب المتسلطنة على الدورة في الاجزاء المريرة وعلى الجزء المرير  
نفسه وزيادة عن ذلك فقد يتيسر احداث تحسين ووقتي في التكلم والازدراد  
وعسر التنفس بمساعدة استعمال التيار الكهربي على اللسان والاسنان  
والعصب تحت اللسان والحجاب الحاجز وأما الادوية المستعملة في مثل هذه  
الامراض (كلاستركين والفوسفور وترات الفضة وبعض املاح الذهب  
والحديد) فالذي يستحق التمادى على تجربته استعماله هو تترات الفضة فقط  
وأما بودور البوتاسيوم فيظهر ان له تأثيراً جيداً في شلل البصلة  
الشوكية الناتج عن الداء الزهري  
وفي الادوار الاخيرة جدا من هذا المرض قد يستدعى الحال لتغذية المرضى  
بواسطة المجس المروي أو القطع الخجري لاجل مضاربه عسر الازدراد  
أو الاختناق



بينهما ولذا تقول العوام ان الرقص السنث جي عادته ان يعود في كل سبع سنين  
ويندر حصوله قبل السنة السادسة كما يندر بعد الخمسين لكن التقدم في السن  
جدا لا يكون دائما مصاناعنه بل ان حصل في هذا الطور من الحياة فانه  
يكون كثير الالام استعصاء والنساء تكون اكثر اصابة بهذا المرض عن الرجال  
والالام تعدد الوراثة له يكاد لا يستمدل عليه ولو في بعض الاحوال النادرة  
وأما الالام والايديرميا والاصابة الروماتيزمية فانها تزيد في الالام تعدد  
للإصابة به لكن لا يجوز مع ذلك اعتبار ارتباط الرقص السنث جي مع  
الروماتيزم امر اذنا وانما لا ينكر ان كثير من المرضى المصابة بهذا  
المرض كانت قد اصبحت سابقا بالروماتيزم الحاد أو المزمن أو انه يعترها  
اصابات روماتيزمية في اثناء هذا المرض أو بعد انتهائه كما وان التجارب  
قد دلت على ان كثيرا ما توجد الغاط قلبية مرضية عند المصابين بهذا المرض  
وكثيرا من هذه الالام وان كان متعلقة بالانيميا أو باضطرابات عصبية وتعتبر  
الفاظ ادموية الان عدا عظمي مامنها ولا بدناشي عن آفات عضوية في  
العظام واضحة جدا بحيث لا يشك في عدم حصول روماتيزم مضاعف  
بالتهاب في الغشاء الباطني من القلب وزيادة عن ما ذكر بعدم اسباب الرقص  
السنث جي كل من التقليد والانفالات النفسية سيما الفرع وتبرج القناة  
المعوية بواسطة الديدان وجلد عيرة والحمل ونحو ذلك ومن الواضح ان  
في كل حال القراهنه بعسر هينا وجود الارتباط السببي بين الرقص السنث جي  
وهذه المسؤثرات التي كثيرا ما لا يكون لها أدنى ضرر في الصحة العامة  
وأما تأثير التليد في احداث هذا المرض فيظهر ان ظهوره بكيفية منتشرة  
في المكاتب مما يوجه حصوله وأما تأثير الحمل فالذي يدل عليه هو كثرة حصول  
الرقص السنث جي عند الحاملات الشابات ويندر ظهوره عند الحوامل قبل  
انتهاء الشهر الثاني كما يندر ظهوره عندهن في النصف الاخير من الحمل  
ومتى حصل هذا الرقص عند الحاملات فالغالب انه يستمر عندهن لزمن  
الوضع

### في الاعراض والسبب

الرقص السنث جي يتصف بحركات في المجموع العضلي الارادي ولا تحصل

بفعل الارادة بل بغير ارادة ولو كان الادراك غير مضطرب وهذه الحركات  
 تحصل اما في الوقت الذي لم ترد المرضي فعمل حركات ارادية فيه أو وهو  
 الغالب في وقت ما يريد المرضي اجراء حركات ارادية وحيث انه في هذه الحالة  
 الاخيرة الحركات الغير الارادية تضاعف الحركات الارادية فالحركة التي يريد  
 المرضي اجراءها اما ان تتم بالكلية أو تحصل بكيفية غير تامة وغير منتظمة  
 والانتقاضات العضلية الغير الارادية في هذا المرض تتميز بكثرة تنوعها  
 واتحادها مع بعضها بحيث تسكتسب نوع انتظام عن الانتقاضات العضلية  
 الغير المتنوعة البسيطة لكل من النوب الصرعية والاسيتيرية فان الاولى  
 عند النظر اليها نظرا سطحيا بدون دقة يمكن بسهولة عدم معرفتها والتحقق  
 منها دون الثانية وفي غالب الاحوال يتبدئ هذا المرض تدريجيا فيختفي  
 مدة متقاربة من الزمن وفي الحقيقة يرى ان الطفل تسقط بكثرة من يده  
 الاشياء فتنكسر وان جلوسه لا يكون في حالة هدوء وان كتا بته تصير غير جيدة  
 عما كانت او انه عند الدق على آلة البيانو يخطئ بكثرة فينهر او يعاقب على  
 ذلك حتى يتيقظ لنفسه والطفل مع ذلك لا يعلم ما به فيصير مكدرا سي الخاق  
 والاضطراب العضلي يزداد ويتضح شيئا فشيئا فتصير الحركة غير منتظمة  
 بحيث ان الطفل يتعسر عليه مسك الكوبية مثلا ويشاك نفسه بالشوكة  
 ويتبدئ في انقلاب السحنة وكثيرا ما تتضح دفعة حالة الطفل المرضية لا قاربه  
 بدون تغير ظاهر فيها ومن النادر ظهور هذا المرض بسرعة بحيث تتضح من  
 الابتداء الاعراض الواصفة للرقص السنن جي في الدور الاخير منه

وعند ما يكون هذا الرقص تام الوضوح تتعاقب الحركات العضلية  
 المختلفة مع بعضها بكيفية متنوعة وغير منتظمة بحيث يعتبر من الصائب  
 تسمية هذا المرض باختلاج المجموع العضلي فالواجب تتقارب من بعضها  
 بسرعة ثم تتباعد عن بعضها بسرعة أيضا والاجفان يتعاقب انطباقها  
 وانفتاحها بسرعة عظيمة وانها تنكسر من برهة من الزمن والاعين تتحرك  
 حركة دورانية والقدم يصير مديبا او منكسما أو يفتح بسرعة أو ينغلق  
 وينقبض بصفة الضحك تارة وتارة بصفة البكاء وينغلق اللسان من الفم  
 بسرعة ويلتوى الرأس فتارة يتدفع الى الامام وتارة الى الخلف أو الى احدى



الجهتين وترتفع الاكثاف تارة وتارة تنخفض والاطراف العليا تفعل  
 حركات مقلعية ويتعاقب انبساط المرفقين واليدين والاصابع مع  
 انقباضها وانكبابها وتقاربها مع تباعدتها وتشاهد في الاطراف السفلى  
 حركات تشابه حركات الاطراف العليا انما تكون اقل شدة منها وكذا  
 تشترك عضلات الجذع في اضطراب الحركة بحيث ان العمود الفقري ينحني  
 تارة الى الامام وتارة الى الخلف وتارة اخرى الى احدى الجهتين وان كان  
 المريض مضطجعا في فراشه شوهد ارتفاعه فجأة الى اعلى وانقذافة من  
 الفراش وعندما يكون هذا المرض شديدا لدرجة لا يكون للمرضى قدرة على  
 الجلوس في فراشها بل انها تنزلق على الارض واضطراب الحركة يزداد جدا  
 عندما تكون المرضى متيقظة لنفسها أو تعلم بأنهم ملاحظون من غيرها  
 وقد يكون هذا الاضطراب في احدى الجهتين أشد من الجهة الاخرى  
 اوقاصر اعلى الاطراف فقط ويندر اشتراك عضلات الخنجر أو عضلات  
 التنفس في هذا الاضطراب وأما عضلات البلعوم والعاصر فلا تشترك  
 في ذلك قاطبة ويعسر على المرضى النوم بسبب استمرار الحركة لكن متى  
 أمكن ذلك زال اضطراب الحركة بالكلية وتوجد بعض استثناءات من هذه  
 القواعد تنسب للاحلام التي موضوعها الحركات

وتسكاد تضطرب جميع الحركات ما عدا التنفس والازداد بواسطة  
 الاضطراب العضلي لهذا المرض ويصير التكلم غير واضح فانه يطرأ على  
 الحركات الارادية للسان والشفيتين حركات أخرى غير ارادية وعند الاكل  
 تنزلق الشوكة مثلا وتمر من امام الفم وينكب الماء من الكوبه وقت  
 الشرب بحيث كثيرا ما يلجئ الحمال لتغذية المرضى بيدها جنبيهة وبعضهم  
 لا يكون له قدرة على مديده والمصاحفة بها الا بعسر ومشقة وبعضهم لا يكون له  
 قدرة على خلع ملابسه ولبسها وأما الاشغال اليدوية الدقيقة فلا يتيسر اجرؤها  
 بالكلية ولو في الاحوال الخفيفة من هذا الداء وكذا في اثناء المشي ان أمكن  
 لا يصل الارجل لسطح الارض البعسر وجميع الجسم يكون مضطربا بحركات  
 غير ارادية فيكون مشى هؤلاء المرضى ذا وصف مخصوص  
 وباني الوظائف والحالة العامة لا تضطرب الا قليلا وكون خاف هؤلاء المرضى

في حالة تعسير وتكدر أمر مدرك متى علمنا أنهم قد مكثوا بجملة أسابيع بدون  
الحكم بالادارة على حركاتهم وانهم يكونون معدلين من عدم اجراء الحركة  
المقصودة بالارادة عندهم

ولا يندران تكون هيئة المرضى بهيمة أو مماثلة للحالة البله وذلك لان تخننهم  
لا تكون بنسبة الحالة الانسانية الوقية ولا يفصحون عن موضوع افكارهم  
وتكون مع ذلك الوظائف العقلية غير مضطربة لكن يظهر انه مع طول مدة  
المرض يحصل تكدر في القوة الحافظة وتظهر اضطرابات عقالية أخرى وقد  
تشتكي المرضى بألم في الرأس والظهر لكن ذلك ليس على الدوام والتعب  
العضلي وان فقدت بالكلية عند استمرار الحركة الا ان المفاصل المتحركة  
والمثورة على الدوام تنفتح احيانا فتصير مولى ولم توجد حتى مالم تكن هناك  
مضاعفة ومع ذلك فالنبض يكون دائما سريعا وكل من الشهية والهضم  
والافرازات لا يظهر فيه تغيرات قارة لكن عند استمرار هذا المرض  
زمن اطول يحصل تعسير في التغذية العامة بحيث انها تصير نايما وية وتقع في  
حالة نحافة

ثم ان سير الرقص السنث جي بطيء فانه يندران انتهاء هذا المرض قبل الاسبوع  
السادس أو الثامن بل كثيرا ما يمتد نحو الثلاثة اشهر أو اربعة وفي بعض  
الاحوال النادرة قد يصير اعتيادا بحيث يستمر طول الحياة ويشاهد في  
اثنا عشر سيرة اما ثوران أو انحطاط أو انه يأخذ في التزايد تدريجا الى ان يصل  
الى اقصى درجة ويستمر على ذلك مدة من الزمن ثم يأخذ في الانحطاط تدريجا  
أيضا واكثر انتهاء بالشقاء وأما الاحوال التي فيها يصير اعتيادا فانها تعد  
من النوادر والغالب انه يستمر في بعض الحركات آثار من هذا المرض  
ولو بعد انطفائه وميسل للتكسات وكذا الانتهاء بتعسير مستمر في الوظائف  
العقلية يعد من النوادر والموت لا يحصل الا عقب حصول بعض مضاعفات  
ومع ذلك فشوهت احوال حصل فيها الموت من نفس هذا المرض وفي مثل  
هذه الاحوال تصل الانقباضات العضلية الى اشد الدرجات في العنق  
ثم تحصل الكوما وفيها تملاك الأرضي

والمنالحة \*

أما المنالحة السببية للرقص السنث جي فلا يمكن اتمام ما تشد عليه على الدوام



ووالريانات الزنك وكبريتات النوشادر والنجاس وتترات الفضة وبرومور  
البوتاسيوم وكبريتات الانلين والاييريزين وأما استعمال الزرنيخ فينبغي على  
مدح الشهير رومبرغ له والايصابه فانه أفضل من غيره من جواهر هذه الرتبة  
ففي اريدا استعمال هذا الجوهر الذوائى المعدنى فالأفضل استعمال محلول  
فولابر (من ٣ نقط الى ٥ ثلاث مرات فى النهار) عند الاطفال ومن  
٨ الى ١٢ عند البالغين فانه أفضل من غيره من الاستحضارات الزرنيخية  
وفى الاحوال المستعصية ينبغى ولا بد استعمال الكهربيائيه (بان يسلط  
التيار الكهربي المستمر على النخاع الشوكى والاعصاب الدائرية بل والعظيم  
السميائوى) فان تأثيره الجيد مدحه كثير من اطباء المشغولين بالامراض  
العصبية

وأما المخدرات فانها ليست غير ناجحة فى معالجة الرقص السنطجى فقط بل  
لا تتحمله اغانها الاطفال بحيث اذا أوصى الطبيب باعطاء بعض كميات من  
مسحوق دوثير أو مقدار من المورفين فى الماء بقصد احداث هده وسكون  
الطفل ندم على ذلك فى صبيحة اليوم التالى وكذا الاستريكنين ولو مدحه  
الشهير تروسو فلم يتبعه أحد من الاطباء الالمانيين فى استعماله

وفى الاحوال التى فيها يكون العمود الفقري ذا حساسية متزايدة عند الضغط  
ينبغى ارسال بعض علقى أو استعمال بعض محاجم تشرطية على جانبى العمود  
الفقري أو الفسفاويمقرب ذلك باستعمال بعض المصرفات ومع ذلك ينبغى  
تجنب احداث تشوه فى عنق الينات الشابا بواسطة استعمال علاجات  
تختلفها اثر التحامية كما وانه ينبغى تجنب استعمال الدلك برهم الطرطير المقيء  
وأما التشلشل البارد على الظهر الذى هو اقوى الوسائط المحولة على الجلد  
فيظهر انه اعقب بنجاح فى اغلب الاحوال ويتماقل عظيم فى المرض فى  
احوال اخرى

وأما استعمال الحمامات الفاترة لاسيما المضاف لها كبريتات البوتاسيوم  
(من ٥٠ الى ١٥٠ جرام على كل حمام) فمدحه الطبيب بادلوك بكثرة  
وانتشر استعمال هذه الطريقة فى فرانسوا ولندكر من الجواهر الدوائية  
المسكنة فى الاحوال الشديدة من هذا المرض استنشاق الكلور وفورم

وينبغي تكرار المشاهدات وباستعمال الاستنشاقات الكلوذوفورمية مرارا  
مع الانتظام مدة من الزمن بدون أن تصل الى درجة احداث المخدرات حتى  
يتأكد لنا ان كان لهذه الوساطة قدرة على تنقيص مدة المرض ام لا وأما الربط  
القهرى بواسطة الاربطة أو الوسائط الاخرى كما اوصى به بعض اطباء  
في الزمن الاخير فينبغي تجربته والحكم عليه قبل استعماله كطريقة عامة  
منتشرة وفي اثناء الذقاهة ينبغي تقوية الاحساسات الادية عند الاطفال  
مع الاستمرار حتى يعتادوا على مقاومة الحركات الغير الارادية بقوة  
الارادة وفعلها

\* (المبحث الثاني في الصرع) \*

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

الصرع لا يمكن اعتباره مثل الرقص السنتجى والتمثيلى من ضاعصيبيا  
في الاعضاء المحركة فان فقد كل من الحس والادراك ضرورى كالشلل  
حتى تتم النبوة الصرعية فالنوبة تكون غيرة تامة متى فقدت احدى تلك  
الظواهر في كل نوبة صرعية

ثم انه يمكننا ان نعتبر من الامور المشبوهة ان تهيج الاعصاب المحركة الذي يظهر  
على هيئة التشنجات يكون منشأه النخاع المستطيل والاجزاء القاعدية من  
الدماغ والذي يثبت ذلك الامور الالمانية وهى اولاً انقطاع وظائف الفصين  
الكريين العظيمين في اثناء مدة التشنجات ويظهر بعيدا عن العقل ان  
النصفين الكريين يكون فيهما قابلية لا عطاء التنبية المحرك في اثناء  
ما تكون فيهما قابلية تنبيه العقدة والاياف العصبية الاخرى منقطة وثانياً  
انه يمكن احداث تشنجات مماثلة للتشنجات الصرعية باحداث تهيج مستمر  
في قاعدة الدماغ بواسطة التيار الكهر بائى ولا يمكن احداثها بتهيج مماثل  
لذلك في باقى اجزاء الفصين الكريين وثالثاً بما اثبتته التجارب المتكررة  
ذكرها الكل من كونه ولوتينار انه يمكن احداث تشنجات مشابهة بالكلمة  
للتشنجات الصرعية عند الحيوانات ولو بعد استئصال احد الفصين الكريين  
وبالجمله فان الطبيب شرودر قد وجد في جملة الهالكين بالصرع بعد استمرار  
هذا المرض زمنا كثيراً الطول أو قليلاً زيادة عن التغيرات الغير الفارة بمدد

الاوعية الشريانية الشعرية للنخاع المستطيل وتختلف في جدر تلك الاوعية  
 الشعرية والحالة المرضية للنخاع المستطيل التي فيها يصل التهييج الشديد  
 للاعصاب المحركة الناشئة من باطن هذا العضو او مارة فيه التي نسميها على  
 وجه الاختصار بالحالة التهييجية تنجم بلاشك عن مؤثرات عديدة فان تجارب  
 كل من كوبيز وكومبول وتينار وان دلت على انه يمكن احداث نوب  
 صرعية بجزء الدم الشرياني عن وصوله للدماغ لكن هذه التجارب لا تدل ان  
 الانبيبا الشريانية للدماغ هي السبب الوحيد في التشنجات الصرعية وذهب  
 شرودراني انه يجب وزا القول بان تلك التشنجات الصرعية تتعلق في الغالب  
 بازدياد في توارد الدم الشرياني نحو النخاع المستطيل ولاشك انه قد تحصل  
 حالة تهيج مرضي في النخاع المستطيل بدون ازدياد الدم فيه أو تنساقصه تكون  
 كافية في احداث التشنجات الصرعية وهذه الحالة تنشأ عن وجود عناصر  
 غير طبيعية عضوية أو عن وجود جواهر غريبة في الدم كما انه يجوز القول  
 بان النخاع المستطيل قد تعتبره حالة تهيجية مرضية بالتقال تهيج غير طبيعي  
 من صفر بعيد عنه مركزيا كان او دائريا اذ انه من الثابت في بعض الاحوال  
 النادرة ان كلاما من الاورام العصبية او الذب الاتهامية أو الاورام الاخرى  
 قد تحدث الصرع بضعفها على بعض الفروع العصبية الدائرية وان هذا  
 المرض يزول بعد زوال هذه الاحوال المرضية أو قطع الاعصاب المؤثرة  
 فيها كما ان بعض الاورام الدماغية وغيرها من امراض هذا العضو  
 وامراض النخاع الشوكي يكسبها احداث النوب الصرعية بالامتداد  
 البطيء التدريجي للتهيج المرضي الى النخاع المستطيل وهذه النظريات  
 يرتكز فيها الى تجارب مهمة مفعولة في هذا العصر الاخير من المعلوم ونسكار  
 في الكلاب التي جرح فيها النخاع الشوكي وظهرت فيها نوب صرعية  
 لا بعد جرح هذا العضو حالابل بزمن ما وبالجملة فمن الثابت ان الحالة  
 المرضية للنخاع المستطيل الناتجة عنها النوب الصرعية قد توجد بكثر في  
 الحالة الخلقية غير الطبيعية والوراثية

ومن الامور العسرة التوجيه انه لا يشاهد في الصرع احوال تهيجية مرضية  
 مستمرة في الاعصاب المحركة بل ذلك يظهر بكمية دورية تكون منفصلة

عن بعضها بقدرات طويلة جدا وهل يجوز توجيهه تلك الظاهرة بكون  
 النخاع المستطيل تعتبره تلك الحالة التهيجية زمنبا نر منأ وذلك يؤيد الرأي  
 القائل بان التشنج الوقفي في الطبقة العضلية الوعائية والانبساط الشريانية  
 الناتجة من ذلك تعتبر سببا للنوبة الصرعية أو ان تسمم الدم وتهمج اورام بعيدة  
 من النخاع المستطيل أو غيرهما من الاسباب المتعلقة بها الصرع باحدائها  
 هذا التشنج العضلي الوعائي تؤدي احيانا الى حصول النوبة الصرعية  
 أو هل يجوز لنا كما قاله شرودر اعتبار الخلايا العصبية للنخاع المستطيل  
 شبيهة بمرجحة (ليدا) والجهاز الكهربي لبعض الاسماك أو ان النوبة  
 الصرعية تشابه حينئذ الحرارة الكهربية المنقذفة من تلك المرجحة  
 أو استفراغ الجهاز الكهربي لتلك الاسماك أو ان الاحملة العصبية  
 في اثناء العتقات تشحن شيئا فشيئا بانتبار الكهربي حتى يحصل استفراغ  
 جديد أو ان النخاع المستطيل تعتبره حالة تهيجية مرضية مستمرة لكنها  
 تحتاج لارتقاء وقفي فيها هجمات جديدة وقيمة تنتقل اليه من اجزاء بعيدة  
 عنه كالدماغ والنخاع الشوكي أو الاعصاب الدائرية أو الاعصاب الحشوية  
 حتى تحصل النوبة الصرعية كل ذلك ليس عندنا فيه الى الآن معرفة حقيقية  
 ولا يجوز لنا ذكر توجيهات أخرى زيادة عن النظريات السابق ذكرها

ومن الامور غير القابلة للتوجيه كما ذكرناه المضاعفة الملائمة لتلك الاحوال  
 التهيجية في النخاع المستطيل بحالة شلالية في النصفين الكبر بين العظمين  
 وقت اعتبار بعضهم فقد الاحساس والادراك حالة ناجمة ناشئة عن التشنج  
 وذكر بعض اطباء انهما متعلقة باحتقان احتباسي ويريدى في الدماغ  
 ينشأ عن انضغاط الوردة العنقية بواسطة العضلات المتقبضة وقال آخرون  
 ان ذلك متعلق بانسحاق الدم بمحض الكربون الناشئ عن الانقباض  
 التشنجي في المزمار وانسداده وهذه النظريات لا يمكن القول بها وتنفى بان  
 انطفاء الادراك والاحساس بطرأ مع التشنج في آن واحد بل كثيرا  
 ما يسبقه وانه في بعض احوال الصرع الغير اتام يكون هو العلامة الوحيدة  
 للنوبة الصرعية كما انه لا يعول على النظريات والتوجيه القائل به شرودر  
 وهو انه يحصل في النوبة الصرعية مع تشنج الاعصاب الدماغية الشوكية

تشنج في الاعصاب الوعائية لهذا العضو بواسطة اخيصة العقدة العصبية  
 للنجاع المستطيل وبذلك تحصل انهما شريانية وشال في الدماغ وهذا ينفي  
 أيضا بنظريات المعلم هنري القائل بشكل احتقاني وشكل انبماوي في الصرع  
 وانه في الشكل الاول يحصل مع الاحتقان العظيم للنصفين الكريين المؤدى  
 للشال احتقان خفيف في النجاع المستطيل يؤدي لظواهر تهيجية خفيفة  
 وفي الثاني اعنى الشكل الانبماوي يحصل امتلاء قليل للاوعية الدماغية  
 محبوبة بآلة واردة موى نحو النجاع المستطيل ودرجة عظيمة من الامتلاء  
 الوعائي فيها فتحصل ظواهر تهيجية ولتختصر القول هنا أيضا ولا تعرض  
 لذكر نظريات اخرى ونعترف بان الفعل المضاد للنصفين الكريين العظيمين  
 والاجزاء الكائنة في قاعدة الدماغ عند حصول النوبة الصرعية امر منبهم  
 بالكلية

وحيث لم يكن عندنا معرفة حقيقية بالنسبة لسبب غمغمة ظهور الصرع فالتقاويم  
 الطبية العديدة بالنسبة لاسباب المهيممة لهذا المرض ليس لها الا اهمية ثانوية  
 فاننا لانعرف سببا من الاسباب يمكنه مع التاكيد احدث الصرع عند  
 تأثيره على الجسم بل اننا نعترف ان جميع المؤثرات التي ذكرت في اسباب  
 الصرع لا تكفي بانفرادها في اتاج هذا المرض وانها لا تتحدته الا اذا انضم  
 لها سبب آخر مجهول علينا

وقد استنتج من التقاويم الطبية ان الصرع مرض كثير الحضور جدا  
 بحيث يصاب به نحو الستمائة في الالف والنساء اكثر اصابة به عن الرجال  
 ولا يوجد طور من اطوار الحياة مصان عن الاصابة بهذا المرض ومع ذلك  
 فالكثير احوال الاصابة به تقع فيما بين السنة العاشرة الى العشرين من الحياة  
 ثم من العشرين الى الثلاثين ويندر ان يحصل هذا المرض في سن  
 الشيخوخة كما انه يندر حصوله حصولا خلقيا وفي الاشهر الاول من الحياة  
 والاستعداد الوراثي له اهمية عظيمة في حصوله فانه يوجد خصوصا عند  
 المولودين من ابوين مصروعين ولا سيما من امهات مصابات به كما انه يشاهد  
 عند اشخاص سكان يعترى ابويهم امراض عقلية أو مدمنين على  
 السكر وفي بعض العائلات يعترى هذا المرض جملة طبقات من نسلها



وقد لا تصاب أولى الطبقات بمعنى ان اولاد الاشخاص المصابة بالصرع  
لا تصاب بهذا المرض بل الذي يصاب به هو واحفادها والاشخاص  
المثبوته والبنية والمدمنون على السكر او جلد عيرة اكثر مصابا به عن  
الاشخاص السليمي البنية اذ يائسها ومع ذلك فلا تكون مصانة  
بالكلية عنه

و يعد من الاسباب المهمة لهذا المرض الانفعالات النفسية سيما الرعب  
الشديد والخوف ورؤية المصابين بهذا المرض ففي اكثر من ثلث الاحوال  
يطرأ هذا المرض حالا بعد الرعب الشديد

والتغيرات الجوهرية العكسيرة للجمجمة والدماغ طبعها الماذكرناه  
كالانفعالات النفسية لا تحدث هذا المرض دائما بل عند وجود بعض  
امور مجهول توجيهها عاينا كعدم انتظام شكل الجمجمة أو غورها غير التام  
وتخني في جدرها أو تولدات عظمية فيها وتخن أو التصاق أو تعظم في الأم  
الجافية وأورام الدماغ والبورات الدماغية والاستسقاء الدماغى المزمن  
وصحامة الدماغ وأما تغيرات الغدة النخامية التي قال المعلم وينزل بوجودها  
على الدوام عند المصابين بالصرع فانها تنقد في غالب الاحوال

وأما التغيرات الجوهرية في النخاع الشوكي في جثة الهاسكرين عقب الصرع  
فنادرة الوجود بالنسبة للتغيرات الجوهرية الدماغية ويحتمل ان هذا ناتج  
من عدم البحث عن النخاع الشوكي بالدقة مثل ما يفعل بالدماغ

وأما الاورام العصبية وغيرها من الاورام والتذب التحادية التي يتسبب  
عنها حصول الصرع أحيانا عقب غمطها على بعض الاعصاب الدائرية  
فقد سبق ذكرها وبكيفية مماثلة لما ذكر يمكن ان الاحوال التهيجية غير  
الطبيعية للاعصاب الحساسة التي تنشأ عن تأثير مهيجات شديدة على  
انتهائها الدائرية تحدث الصرع وعلى حسب كون المهيجات أثرت ابتداء  
على الاعصاب الصدرية أو الهضمية أو البولية أو التناسلية أو الاتهيات  
العصبية من الصرع عدة أشكال كالصرع القلبي والرؤى والبطني  
والكلوى والرجي لكن سهولة الوقوع في الخطأ عند نسبة الصرع الى  
مهيجات أثرت على الاعصاب المذكورة أمر بين للغاية وانما الذي يقل الشك

فبعضه هو الصرع الرجحي حيث اننا كثيرا ما نشاهد ان انتقال الاسميرنا الى  
الصرع كما اننا نشاهد ان بعض النساء قد يصاب بالصرع عند أول جماع  
والديدان المموية قد تحدث بلاشك في بعض الاحوال الصرع

### في الاعراض والاسباب

الصرع مرض مزمن ينصف بنوب تشنجية مصحوبة بفقد في الادراك  
متباعدة عن بعضها بفترات خالية كثيرة الطول جدا أحيانا وقد الادراك  
مدة النوبة يترتب عليه فقد الاحساس والحركات الارادية بالكلية وفي  
الصرع غير التام المسمى عند الفرنسيين ببدء الصرع الصغيرة قد التشنجات  
عادة مدة النوبة أولا تكون واضحة الابتداءات عضلية منفردة ولا يجوز  
اعتبار تلك النوب نوبا صرعية غير تامة الا في الاحوال التي فيها تكون تلك  
النوب غير التامة متعاقبة بنوب تامة أو ظهرت عقبها وكذا في الاحوال التي  
فيها يتقدم هذا المرض تستحيل النوب غير التامة الى نوب تامة شيئا فشيئا  
ثم ان النوبة الصرعية تسبق عند بعض المرضى دائما أو غالباً بحالة تسمى  
بالحالة البخارية أو الهوائية أو الريجية وسميت بذلك نظرا لاجساس  
المرضى بنوع نسيم صرعي يسرى من الاطراف نحو الرأس ثم يستحيل الى  
النوبة الصرعية ومع ذلك فهذا الاحساس لا يشترك به الاقليل من  
المرضى بانه ظاهرة تسبق النوبة وأكثر من ذلك حصول احساسات  
أخرى كالتململ والحرارة والاحساس بتدليس أو بالام مخصوصة تنشأ من  
اصفار مختلفة من الجسم وتصعد نحو الدماغ وتكون سابقة للنوبة وهذه  
الاحساسات المختلفة تسمى ايضا بالاحساسات النسيمية الصرعية السابقة  
للصرع وفي احوال أخرى يكون ظهور النوبة الصرعية بدلا عن كونه  
مسبوقا بتلك الاضطرابات الحساسة مسبوقا بتشنج أو شلل موضعين وتلك  
الظواهر يعبر عنها أيضا بالحركات النسيمية الصرعية تميزها لها  
عن الاحساسات النسيمية السابقة وبالجملة فقد تكون الظواهر المرضية  
السابقة للنوبة الصرعية واضحة في الاعضاء الحسية كالهلوسة  
ورؤية الشرر والالوان المختلفة وطنين الاذنين والاحساس بالغط  
او دوار أو حيانا غير ثبات بحجبة قبل حصول النوبة وهذا الشكل

الاخير المعروف بالنسيم أو الحس الصرعى من الظواهر السابقة للنوبة  
 الصرعية لا يدل على ان الصرع ينبوعه مركزى بمعنى ان التغيرات المدركة  
 فى الدماغ هى التى أحدثت هذا المرض كما ان الظواهر المرضية السابقة  
 للنوبة الصرعية التى تحصل فى الاطراف لا يستدل منها على ان الصرع  
 ينبوعه دائرى وهناك ظاهرة عجيبة وهى ان النوبة الصرعية  
 قد يستشعر بحضورها من قبل فيتجنب وذلك متى أمكن عزل الجزء  
 المبتدى فيه النسيم الصرعى بواسطة رباط قوى وموضوع أعلى هذا الجزء  
 وتجارب برونسكار المنقمة ذكرها تدل على ان هذه الظاهرة لا يستدل منها  
 أيضا على ان ينبوع الصرع دائرى فانه قد شوهد فى هذه التجارب عند  
 الكلاب التى صرعت بالصناعة بواسطة جرح الخنازير الشوكى حصول  
 النوبة الصرعية فى كل مرة عقب تمجج الجلد فى محل توزيع تقرعات بعض  
 الاعصاب سيما العصب التوامى الثلاثى وفى مثل هذه الاحوال وان لم يمكن  
 معرفة كون النوبة الصرعية سبقت بالنسيم الصرعى أم لا الا ان تلك  
 التجارب يستنبط منها ولو فى الاحوال التى فيها كل نوبة صرعية حصلت  
 بواسطة تمجج دائرى ان الصرع يمكن أن يكون ناتجا من تغير مدرك مادى  
 فى جوهر الاعضاء المركزية

وأما النوبة الصرعية نفسها فانها تبتدى بصرع حاد سواء سبقت بحالة  
 نسيمية أو لم تسبق ومع ذلك يقع المريض على الارض فاقد الادراك ويكون  
 وقوعه على الظهر أو على احدى الجهتين ويكاد لا يكون عنده زمن كاف  
 لانتخاب محل جيد لوقوعه بل يقع بدون اجتراس على محال خطيرة غالبا  
 كالسداخن أو الاجسام الزاوية والسلم فانه قل أن توجد مرضى مصابة  
 بالصرع لا يوجد عندهم اثر اصابات جرحية عظيمة أو قليلة سيما عند استمرار  
 هذا المرض زمنا طويلا ويظهر عند المرضى بعد سنة أو طوهم عادة تشنجات  
 عضلية تبتنوسية وبذلك تتمدد الاطراف وينجذب الرأس نحو الخلف  
 أو احد الجانبين وينطبق القدم وتغلق العين مع حركات رجوية نحو  
 الأعلى والأسفل ويتيمس الصدر وتقف حركات التنفس وبعد قليل من  
 الدقائق التى فى انتهاتها تنتفخ الاوردة الودجية ويزرق الوجه تستحيل

الانقباضات التيتنوسية الى انقباضات أو حركات تشنجية وهذه الاخيرة  
 تنتشر بسرعة على عموم الجسم فالعضلات التي كانت متقلصة متجمدة  
 تضطرب بحركات شديدة سرية فتجذب زاويتا الفم على التواء نحو  
 الانسية والوحشية وكل من الجبهة والحاجبين يقع في حركات تشنجية وتنفخ  
 الاعين ثم تنغلق ويجذب الفك بقوة الى بعض ماضم ويجذبان في الاتجاهات  
 مختلفة فيسمع صكك الاسنان ولا ينسدر كسر بعضها والعض على  
 اللسان بل قد ينخلع الفك السفلي ويظهر زبد مدم ناشئ من حركات الفم  
 المستمرة ومن جرح اللسان وباطن الشدين ويجذب الرأس جهة اليمين  
 واليسار والامام والخلف وبالاتقباضات التشنجية لعضلات الجذع يندفع  
 الجسم لاتجاهات مختلفة ويحصل في الاطراف سيماءا العليا حركات قوية  
 رافعة أو ضارئة أو التوائية تشنجية قوية جدا بحيث يحصل أحيانا خلوع  
 أو كسور فيها وتكون الاصابع عادة منقبضة والابهام منطبعة في باطن  
 اليد بقوة وهذه الظاهرة الاخيرة تعتبر واصفة لهذا المرض عند العوام  
 بدون حق وفي أثناء النوبة يظهر أحيانا ان الانقباضات التشنجية تلتفت  
 شدتها وان النوبة آيلة للزوال لكن كثيرا ما يعقب هذا الانحطاط تماقل  
 جديد فترتفع الانقباضات التشنجية الى أشد درجاتها كما وان الحالة  
 التيتنوسية قد تطرأ في أثناء النوبة كظهورها في ابتداء ثم افتتق الحركات  
 التشنجية برهة من الزمن وتكون حركات التنفس في أثناء النوبة في حالة  
 اضطراب عظيم بسبب الانقباضات التيتنوسية والحركات التشنجية لعضلات  
 التنفس وذلك لا يمنع تمدد الصدر وانقباضه تمددا وانقباضا منتظما  
 وضربات القلب تكون سريعة كما يحصل في غير ذلك من الحركات العضلية  
 القوية والنهوض يكون صغيرا غير منتظما أحيانا نار الجلد غطى بعرق وكثيرا  
 ما يحصل عند المرضى تبرزا وتبول غير اراديين وينسدر حصول انتصاب  
 وانقذا في منوى والاذراك في أثناء النوبة التشنجية يكون مفقودا بالكلية  
 بحيث ان المريض ان وقع على مدخنة حامية جدا أو على النار لا يظهر أدنى  
 تألم ولا يعود لادراكه ولو وصل الحرق عنده لدرجة التفحم وأما حالة الحركات  
 الانعكاسية في أثناء النوبة فقد اختلف فيها بعض الازاء فنعترف بانها لا يمكنها

ملاحظة ذلك بالدقة في اثناء النوب الثقيلة وأما في اثناء النوب الخفيفة  
وتناقص النوب الثقيلة وانحطاطها فقد تأكد لنا طبقاً لما شاهدت رومياً  
استمرار الظواهر الانعكاسية فالمرضى يمشون أعينهم عندهم لامة  
المنحمة وينبجحون عند صب الماء البارد على وجوههم ومن الامور العجيبة  
العسرة التوجيه تكون مشاهدة الطبيب هي من انطفاء قابلية الانقباض  
المضلي الكهر بائي للاطراف والجذع عند مريض في اثناء النوبة الصرعية  
ثم بعد استمرار النوبة من دقيقة الى عشر أو ربع ساعة أكثر ما هنالك  
ولوان اهل المرضى تباع في طول تلك المدة تنطفئ النوبة اما بالتدريج بان  
تصير الحركات التشجعية ضعيفة شيئاً فشيئاً ثم تزول أو انها تنطفئ فجأة بحيث  
ان الانقباضات التشجعية تعقب فجأة باسبرخاء تام في جميع العضلات وكثيراً  
ما تنتهي النوبة بزفير ثم دى طويل ويندر انتهاؤها بالقئ أو التجشي أو خروج  
غازات من البطن أو التبرز

ومن النادر أن يعقب النوبة الصرعية القوية راحة تامة بل الغالب ان تقع  
المرضى بعد النوبة في نوم عميق مع تنفس بطيء خرخري منم تنبيهه قويا  
وعند يقاظها من النوم تنظر الى ما حولها وهي في حالة تعجب متغيرة للسحنة  
ولم تعلم ما حصل لها وتستغرب من كونها في أودغير أو دها أو انها طرحة في  
الفرش ويميل بكثرة الى تركها للنوم في الفراش وفي اليوم التالي ولو كان  
لها قدرة على تعاطي أشغالها تكون في حالة اضطراب وكآبة وتحس  
بقراع في الرأس لكن تلك الآثار تزول في اثناء النهار

ثم انه يوجد خلاف السير السابق ذكره من النوبة الصرعية المعبر عنها  
بالاعتيادية اختلافات عديدة وذلك بالنسبة لمدة النوبة وشدها وانتشار  
المتشجات وأهم من ذلك الاختلافات التي تعتبر أحوالاً تابعة لواسطية  
للنوبة الصرعية فانه وان كان الغالب ان المرضى يكون لها قدرة على تعاطي  
أشغالها في اليوم التالي من النوبة تبقى عند آخرين من المرضى اما عقب  
كل نوبة خصوصاً عقب النوبة الصرعية الشديدة المتكررة اضطرابات  
عقلية واضطرابات عصبية مرضية مختلفة فالاولى تكون عبارة عن نوب  
جنونية واضحة بحيث يلتجئ في كثير من الاحوال الى أن توضع المرضى في

قصان ضبط المجاذيب لاجل صيانتهم وصيانة ما حولهم من الافارب بل  
 وفي بعض الاحوال يلجئ لارسالهم الى مارستان المجاذيب ولوفي اثناء  
 الفترات وذلك للعلم بأن النوبة التالفة تعقب بالجنون وفي الاحوال اخرى  
 تعقب النوبة بحالة تعرف بالجنون غير التام كما الميل للجرى دائماً وفي  
 غيرها يشاهد عندهم سوء أخلاق غير اعتيادي بحيث تقع في حالة غضب  
 شديد مثلاً من أقل سبب وبالجملة فقد يشاهد ضعف في القوى العقلية  
 والمذكورة عقب كل نوبة يستمر بعض أيام ولقد ذكر أن بعض المؤلفين شاهد  
 أحوال المخالفة لذلك فيما يوجد عند المرضى عقب كل نوبة حادة واضحة  
 في التعقل

وأما الاضطرابات العصبية المحركة فنذكر منها الشلل الوقي أو المستمر  
 للأطراف وذلك يجوز توجيهه بانطفاء قابلية التنبية العصبية عقب التبرج  
 العظيم للأعصاب كما ذكرنا ذلك سابقاً وما عد ذلك فقد تعقب النوبة بانطفاء  
 الصوت أو تعذر الازدراء أو ضيق في التنفس أو نحو ذلك  
 وأما الصرع غير التام فيتميزه خصوصاً عند الأطباء الفرسان وبين  
 شكلان وذلك بحسب كونه فقد الإدراك مصحوباً بتشنجات خفيفة  
 أو فقدتها بالكلية ففي الشكل الأول المعروف بالداء الصرعي غير الصرعي  
 يحصل للريض في أثناء اشتغاله أو تكلمه دوار عظيم لكن يكون عنده  
 زمن كاف في الجلوس أو انه يقع بيده على الأرض بدون صرخة ويكون  
 وجهه باهتاً واعينه ثابتة وتحصل بعض انقباضات عضلية في الوجه  
 والأطراف سيما العليا فأنها تكون في حالة ارتعاش خفيف وعاقل من  
 الزمن يعود المرريض الى حالته وكثيراً ما يتلفظ بأشياء غير معقولة  
 الى أن يزول هذا الاضطراب بعد ثلاث دقائق أو أربع بدون أن يعقب  
 ذلك بحالة كوماوية فيه كنه الرجوع لاشغاله وأما الشكل الثاني الأخر  
 من السابق المعروف بالدوار الصرعي ففيه لا يقع المرريض بل يتكدر  
 الإدراك فقط ويظلم البصر وتصير العين ثابتة وينتقع الوجه ولا يحصل  
 ارتعاش في يديه غير أنه يسقط ما بهما ويقف تكلمه وبعد قليل من اثرائه  
 نزول النوبة فيستمر المرريض على ما كان عليه من الشغل كأن لم يكن به شيء  
 أو يتمادي في كلامه

ومن المعلوم انه توجد أشكال عديدة بين الصرع التام (أى الداء العظيم)  
والصرع غير التام (أى الداء الصرعى الصغير) والدوار الصرعى كان هذه  
الاشكال قد تتعاقب في مريض واحد ولا تتعرض لشرحها الا لطائفة في ذلك  
ولا يسهل شرح هذا المرض على العموم وحالة المرضى في أثناء الفترات  
مع الاجياز

وقد ذكرنا فيما تقدم ان الصرع مرض مزمن فينبغي على ذلك ان الاحوال  
التي فيها لا تعقب النوبة الاولى الصرعية بنوبة ثانية مع طول الزمن لا  
تعتبر احوال الصرعية بل احوالاً كلابسية اى تشبهية وهو شكل مرضى  
لا يتميز عن الصرع الا بسيره الحاد والفترات التي فيها تتعاقب النوب مع  
بعضها تختلف باختلاف الأشخاص فتمتد عند بعض المرضى نحو سنة  
أو جملة سنين وعند كثير منها نحو اشهر أو اسابيع قبل أن تطرأ النوبة الجديدة  
وهناك مرضى تجعل لهم نوبة صرعية كل يوم مرة أو جملة مرات وعلى  
العموم تكون الفترات الكائنة بين النوب مشابهة لبعضها تقريبا عند  
الشخص الواحد ولو أن النوب في أثناء سير هذا المرض تقرب من بعضها  
شيئاً فشيئاً سيما عند الشبان ولم يشاهدوا زغاً يرمي منتظم بالكيفية في تعاقب  
النوب مطلة أو لوقتياً وانما يشاهد عند النساء احياناً نازر منتظم متى كان  
حصول النوب في أثناء الطمث فقط وتظهر النوب عند بعض الأشخاص  
في أثناء النهار وعند آخرين في أثناء الليل والصرع الليلي يعتبر كثير الخبث  
والاستمعصا وفي غالب الاحوال لا يمكن معرفة الاسباب المتممة الحديثة  
لنوب ومع ذلك تحصل زيادة عن النوب المعروفة بالذاتية نوب تنتمي بالاشك  
عن الانفعالات النفسية لاسيما الغزع وجلد عميرة والجماع والطمث كما  
ذكرناه وقد يعلم من تغير خلق المريض وتشكيه بالالم وثقل الاطراف والرأس  
والدوار ان النوبة قريبة الحصول وفي ابتداء هذا المرض تكون النوبة  
الصرعية غالباً تامة وعند تقدم سيره لاسيما في الاشكال المستعصية منه  
تحصل نوب غير تامة ايضاً ويندر أن تكون النوب في ابتداء المرض غير تامة  
ثم ترتب شيئاً فشيئاً بالتقدم سيره الى أن تصير تامة بالكيفية وكما ان النوب  
الصرعية تودى في بعض الاحوال لاضطرابات عقلية وقتية كذلك يظهر

بكثره في أثناء سير انصرع الاستطيل المدة اضطرابات عقلية تامة غير قابلة  
 للشفاء وهي الاشكال الجنونية من الصرع أو البله ونحو ذلك وبقطع النظر  
 عن الاعداد العظيمة من المصابين بالصرع الذين تنتهي حياتهم في ماسستان  
 المجاذيب يكاد يشاهد عند جميع المصابين بهذا المرض الذي اعتبرته  
 الاقدمون حالة ناتجة عن غضب الهتم. تغير الحالة الطبيعية الجسمية  
 والروحية في مدة القوة الحسنة تزول والقوة المذكرة والمخيلة تنقص شيئاً  
 فشيئاً وتفقد التصورات الصحية العاقية ويحل محلها تصورات  
 وحشية كالشهوة في الشهوات والمطعومات وهذا لا يندران يحمل المريض  
 على افعال شنيعة جنائية وكثيرا ما تمنع المرضى نفسها من رؤية الانسان  
 وتمكتسب سوء خلق مخصوص معذبين بالحوطهم من الاقارب وبقهعون  
 في حالة غضب مفرغ من اقل سبب وكثيرا ما تتغير كذلك هيئتهم الظاهرة  
 عند استمرار هذا المرض زمانا طويلا فقد ذكر اسبرول ان تقاطيع سحنة  
 المصروعين تصير شنيعة وتنتفخ الحواجب والشفتان وابصارهم  
 يصير غير حاد وجسمهم يفتقد رشاقته وقال ان هذا المرض يصير الوجه  
 اخضر بشعا

وأما انتها آت الصرع فاندرها الا انتهاء بالشفاء ولو خالف في ذلك بعض  
 المؤلفين وكما كان الصرع ناتجا عن استعداد وراثي واضح أو متعلقا  
 باضطرابات جوهرية ثقيلة في الدماغ واستطالت مدته وكانت نوبه شديدة  
 وكثر ترددتها وكان التأثير الذي يخلفها في البنية ثقيلًا كان العشم بالشفاء  
 قليلا ويظهر ان هذا الانتهاء عند النساء اكثر منه في الرجال كما انه يكثر  
 في الاطفال والشيوخ دون الاشخاص المتوسطين في السن وينبغي  
 الاحتراس من العشم بالشفاء عند تأخير حصول النوبة زمنيا طويلا  
 فانه من النادر ان ينطفي هذا المرض مرة واحدة بنوبة شديدة  
 والذي يزيد العشم بحصول الشفاء هو ندرة النوب وضعفها شيئا نشأ  
 ويشاهد تغير واضح جيد في الحالة الجسمية والعقلية للمريض وقد تزول  
 النوب زواوقيا عند بعض النساء لاجتماع ما من في حالة الحسمل  
 كما انه يكاد يشاهد على الدوام حصول فتره في أثناء سير الامراض الحادة



الحمية وقد شوهد في بعض الاحوال شفاء تام عقب طروا مرض حادة  
 أو عقب ظهور الحيض أو زواله أو زوال الانفعالات النفسانية الشديدة  
 وقد يشاهد في هذا التأثير عقب ظهور بعض الطفحات وانفتاح بعض  
 القروح ثانيا

والمرضى المصابون بالصرع وان ندرش فإوهم وكانوا لا يعمرن غالباً  
 يندرها كما هم في اثناء النوبة الصرعية عقب عروق النفس أو عقب انسكاب  
 دموى في الدماغ أو في اثناء الحالة الكوماوية التي تعقب النوبة أو عقب  
 الشلل العموى والغالب ان يكون هلا كما هم عقب تقدم الافة الدماغية  
 التي ينتج عنها الصرع أو عقب الجروح التي حدثت عندهم في اثناء النوبة  
 ولا سيما عقب امراض منمنة لنس يندخا وبين الصرع ادنى ارتباط وسند كر  
 الفرق بين التشنجات الصرعية والتشنجات الاستيرية عند الكلام على  
 الاستيريا ولا يمكن طبة الاعتقادنا جعل حد واضح بين الاكلام بسببها  
 والصرع فان التشنجات التي تحصل في الاحوال المستطيلة من التسمم البولى  
 يعتبرها بعضهم متعلقة بالاكلام بسببها والبعض الآخر بالصرع

ويسهل معرفة التصنع بهذا المرض عند الاشخاص المتصنعين له فان فقد  
 الاحساس وان موهوه بتصنعهم لا ينبغي التصور ان مثل هؤلاء الاشخاص  
 يقلصون سجنهم عند قرصهم أو حرقهم أو فخرهم لكن من الادر  
 عدم تأثرهم متى كان الاحساس شديداً وأثر فيهم بكييفية غير معلومة  
 لهم ولذا ان نصيحة الطبيب (وانسون) بأمره على رؤس الاشهاد  
 للوطنين بخدمة المرضى بصب ماء ساخن جداً على ارجل الشخص  
 المتصنع بعد ان كان امر الخدمة سرا بصب ماء بارد تعتبر فكرة جيدة  
 عقلية وجميع الاشخاص المتصنعين للصرع يكادون يطيلون النوبة جداً  
 كما أنهم يجتمدون في احوالهم المعتبرة واصفة لهذا المرض  
 كما نطبق الابهام في راحة اليد واحالة اللعاب الى زبد وطرده من الفم  
 وما يوقظ الشبهة بالتصنع كون الشخص المتشكى بالصرع من منذ زمن  
 طويل لا يكون معه آثار جرحية في الجسم أو اللسان وغير ما يعرف بتصنع  
 الصرع بالوصف الغير الحقيقى للتسمم الصرعى الذي كثيرا ما يدخله

بعض الاشخاص في تصدقهم لاعتقادهم ان ظاهرة سابقة على الدوام  
للا نوبة الصرعية فان وصفهم لذلك كثيرا ما يكون شاملا لا قوال بحجية ومن  
العلامات الاكيدة الدالة على حقيقة النوبة الصرعية تمدد الحدة الذي  
يستمر ولو مع تعرض المقلد لضوء شديد فلا يمكن المتصنع احداث تلك الظاهرة  
بالصناعة مطلقا

### المعالجة

أما الوسائط العلاجية الواقية من هذا المرض فمن اهمها ارضى به الشهير  
(رومبيرج) وهو منع التزوج بالا قارب من عائلة فيها يكون الصرع وراثيا  
وانه لا ينبغي للائم المصير وعتة ارضاع طفلها بل يصير ارضاعة من مرضعة  
سليمة البنية  
وأما التمام الدلالات العلاجية السببية في هذا المرض فنادرا فانه يقطع النظر  
عن الاحوال التي فيها لا يمكن الاستدلال من تاريخ المرض على معرفة  
الامور المتسبب عنها لا يعلم في الاحوال التي فيها يكون تاريخ حصول هذا  
المرض واضحا لبعض امور سببية غير مهمة وفيها لا يكثر زوال الصرع  
عقب تبويضها وفي غالب الاحوال يستمر الصرع الذي نتج بلا شك عن  
حيوانات طفيلية في المعاء او اورام عصبية ولو بعد طرد هأا واستئصال الورم  
العصبي كما وان الصرع الذي يكون نذرا لعقب رعب شديدا وجزع يكاد  
يستمر دائما ولو مع حفظ المريض من تأثير فرع آخر ومع ذلك فهما قل الرجاء  
في النجاح لا تمتنع في معالجة الصرع من اعتبار الامور التي ينشأ عنها هما  
كانت واهية وتولية الاعتبار فان تجارب قد دلت على ان المعالجة  
بهذه الكيفية قد تعبت بالنجاح ولو في احوال قليلة فانه مع قلة التأكد  
من تأثير الوسائط العلاجية الموصى بها في الصرع يكون لهذه الاحوال  
الاستثنائية اهمية عظيمة فمن الواجب على الطبيب حينئذ متى تصدى  
للمعالجة مصروع من اعاة الاحوال الصحية الظاهرة عند المرض قبل  
استعمال الوسائط العلاجية النوعية بان ينظم معيشته وحالته الصحية  
الجسمية وبان يبعد عن جميع الامور ولو الواهية التي يمكن ان تكون معينة  
على حصول الصرع فمن هذا القبيل منع المرضى عن تعاطي المشروبات

الروحية والمنبهات كالتقهوة والشاي وكذا الاشغال العقلية والجسمية المشاقة وايضا هم باشغال جسمية أو عقلية لطيفة وذلك لان الاستعداد لهذا المرض يكثر عند الاشخاص الضعفاء المنهوكين دون الاقوياء السليمي البنية والاطفال المصابون بالصرع لا ينبغي مكثهم في المدارس جملة من الساعات بل ينبغي ارسالهم الى الخيلوات للعيشة فيها ان اممكن والانتزك للرياضة في الهواء المطلق جملة من الساعات وتستهمل الحمامات الباردة مع غاية الملاحظة كما انه ينبغي ملاحظة المرضى بالدقة ومنعهم من الافراط في الجماع ومن جلد عميرة ومن تعاطى المشروبات الروحية وعند احداث احدي تلك المورقات ينبغي منعهم عنها بعناية الاكراه والجبر وان وجد عند المرضى علامات الانيميا واليدريميا ينبغي مع الاغذية المقوية والمكث في الهواء المطلق استعمال التبذ والمركبات الحديدية وان كانت قلة الدم أو ما يثمة متعلقة بسوء قنية خنازيرية أو راشسية أو زهرية ثلاثية ينبغي استعمال معالجة لائنة بذلك وعند الظن بوجود امتلاء دموى ينبغي استعمال تدبير غداث لطيف اكثر نباتي ونؤمر المرضى بشرب المياه العذبة مع الرياضة اللطيفة وينبغي تجنب استعمال الاستفراغات الدموية العامة فان المصابين بالصرع ولو وجد عندهم تحمل عظيم لاغلب الجواهر الدوائية سيما المهوعات وخلافها لا يتحملون الاستفراغات الدموية

وعند وجود اثر نذبية دائرية أو اجسام غريبة أو أورام ينبج عنها ضغط أو أورام عصبية فلا بد من استعمال طرق جراحية وهذا يقال على الخصوص بالنسبة للاحوال التي فيها التشنج الصرعي يمتدئ من الاصفار الموجود فيها ذلك والتجارب الدالة على ان استئصال الاورام العصبية أو غيرها من الاورام كثير اما لا تضر لا تمنع من اجراء هذه العملية لنجاحها نجاحا قطعيا في بعض الاحوال ويوصى في الاحوال التي فيها يكون شكل الصرع متعلقا بتغير مادي في الدماغ أو الجمجمة باستعمال الخزام أو المنص والدلك بالمرهم المنقطع على القفا وكذا قد أوصى في مثل هذه الاحوال بالدلك بهذا المرهم على فروة الرأس وباجراء عملية الثقب الجمجمي

وكون ثقب الجمجمة في الاحوال التي فيها يوجد وزم أو شظايا عظمية  
 أو تولد عظمي أو غيرهما من التغيرات المرضية المضيقة المتسع تجويف  
 الجمجمة الضاغطة على الاوعية الدماغية له احيانا تأثير جيد في الظواهر  
 المرضية لاسيما في الثوب الصرعية فهذا امر يوجهه بكون عملية ثقب  
 الجمجمة تعطى مسافة للدماغ وابعثته وزيادة اتساع في هذا التجويف  
 وعند الظن بوجود ديدان معوية احدثت لما يسمى بالصرع البطني  
 ينبغي اعطاء الجواهر الدوائية الطاردة لها لكن لا ينبغي تقوية الامل  
 الذي يوجد عند المرضى بحصول الشفاء من رؤية عقل ديدانية في البراز  
 بزيادة القول والوعاء في ذلك وهناك اشكال من الصرع البطني يمكن  
 شفاؤها بالمعالجة بمياه كارلس باد وماريم باد كما ذكره (روبيرج) وان  
 كان الصرع عرجيا ينبغي معالجة الاحتمانات والانتهايات الرجعية المزمنة  
 والسدد الرجعية وتقرحات الغوثة الرجعية طبعا للقواعد التي سبق ذكرها  
 فانه في هذا الشكل تؤدي المعالجة السببية الى اكبر نجاح ووضوح

واما دلالات معالجة المرض نفسه فقد اوصى المعلم (شروذر) لاتمامها  
 باستعمال الاستفرغات الدموية المتكررة بواسطة الحجامة التشريطية  
 أو ارسال العلق ثم باستعمال المنفطات أو الحمصة أو الخزام في القفا وهذا  
 المؤايف يعتبر تلك الوسائط هي العقلية الوحيدة ويرغم ان فيها كفاءة  
 لتنقيص قابلية تنبيه النخاع المستطيل وتلطيفها وتحويل الاحتقان منه  
 ويقول ان غيرهما من الوسائط العلاجية لا يساعد في المعالجة الا بكونه يؤثر  
 في الاسباب البعيدة من هذا المرض أو في الاحوال المرضية الموجودة في  
 الأحشاء والدماغ وسواء انضمنا الى تلك النظريات أم لا فلا بد وان النجاح  
 العظيم الذي تحصل عليه هذا الطبيب يرجع بالاساس الى استعمال تلك الطريقة  
 العلاجية فقد تحصلنا في حالتين ثقبين غير عتية قيتين من الصرع بارسال  
 فحوار بع علاقات على القفا في طرف اسبوعين الى اربعة وحفظ سبيلان  
 الدم بواسطة المحاجم المرنة على نجاح جيد بالنسبة لعدد الثوب وشدها  
 بحيث لم يدعوا الحال لتكرار تلك الاستفرغات الدموية وبهذه  
 الكيفية قد يستغنى عن استعمال المصرفات على القفا واعطاء جواهر دوائية

أخرى فان لم تثمر الوسايط العلاجية التي تسكها ناعليها في المعالجة السببية  
 لهذا المرض وكذا الطريقة العلاجية المذكورة اخيرا فلا بد من استعمال  
 الجواهر الدوائية الموصى بها في الصرع كتبوعية ومن المعلوم ان الايصاء  
 بأحد تلك الجواهر الدوائية مبني على نجاحه في احوال متفاوتة العدد كما  
 نعرف بانها ليس عند نادالات واضحة بالنسبة للاحوال المرضية التي  
 فيها يفضل احد تلك الجواهر الدوائية عن الآخر فالطبيب الاكثر مهارة  
 وتجاربا يعادل من هذه الهيئة الطبيب المستجد الغير المتمرن وأما استعمال  
 الجواهر المزيلة للهس والمخدرة ما عدا الاتروبين فترفضه كبار فضه (شرودر)  
 ونرى في ذلك الى الاسباب التي ذكرها وهو انه لا يقصد عندنا المصروعين  
 ازالة حساسية متزايدة ولا ألم بل القصد تطهير قابلية التنبيه الانعكاسي  
 المتزايد والحركات التشنجية تبع لذلك وباستعمال الجواهر المخدرة يحصل  
 عكس ذلك اي ازدياد في قابلية التنبيه الانعكاسية بحيث ان استعمالها  
 بمقدار عظيم يحدث الشلل وكذا الكوروفورم فانه وان أزال الاحساس الا انه  
 يزيد في قابلية التنبيه الانعكاسي فالشخص المعالج به يشابه الضفدعة  
 المقطوعة الرأس الذي ليس عندها احساس الا ان الحركات الانعكاسية  
 تحصل فيها بكمية قوية وأما الاتروبين فهو وجود قوى التأثير جدا  
 لكن الذي يظهر ان له تأثيرا جيدا بالنسبة لعدد النوب وشدة تمزق لوفي  
 الاحوال المستعصية جدا من الصرع ولم يشاهد شفاء تام به في الاحوال  
 المستعصية وأما في الاحوال الحديثة فلم يستعمل الى الآن وبعض المرضى  
 الذين استعملناهم هذا الجوهر الدوائي بمقدار صغير جدا وهو جز من  
 الخمسين اعني واحد مبللي لم يشككوا فقط باضطراب في الابصار بحيث  
 لا يمكنهم تعاطي ادنى شغل باليد بل كذلك يجفاف مستمر في الحلق مدة  
 من الساعات بحيث يمنعهم من ازدياد الاغذية الصلبة والمعلم (تروسو)  
 الذي اعتبر ان هذا الجوهر هو الواسطة القوية التأثير في الصرع قد اوضح  
 الطريقة الآتية في استعماله وهو انه يفعل مائة حبة من خلاصة البلادونا  
 ومسحوق أوراقها من كل جرام (أى ٣٠ قمحمة) وفي الشهر الاول  
 يعطى للرئيس من تلك الحبوب حبة واحدة كل يوم ويزاد في الشهر الثاني

حبة مائبة كل يوم وهكذا بالتدريج حتى يصل من ٥ حبات الى ١٥ الى ١٥ الى ٢٠ أو يزيد ويعطى المقدار دائماً دفعة واحدة فان حصل تحسین وجبت المداومة على آخر مقدار تعاطاه المريض مدة طويلاً من الزمن ثم ينقص تعاطيه شيئاً فشيئاً بالتدريج ايضاً واول شرط في نجاح هذه الطريقة العلاجية هو الصبر من جهة الطبيب والمريض معاً ويمكن ان يعطى بدلا عن تلك الحبوب محلول الاثر وبين بقدر اثني عشر سنتغرام (اعنى قمحتين) في ١٠ جرام من الكحول المركز (اعنى درهمين ونصف) وكل نقطة من هذا المحلول تعادل حبة من الحبوب السابق ذكرها فيبدأ بنقطة ويصعد بالتدريج الى ٢٠ نقطة

واما الجواهر الدوائية المعدنية المضادة للحالة العصبية فأشهرها المركبات الخارصينية وفي العصر المستجد قد يعطى بدلا عن زهر الخارصين الذي كان يعطى منه سابقاً مقدار عظيم جداً من درهم الى درهمين في اليوم املاح الخارصين ولاسيما الوريانته وايدروسية اناته ولاسيما خلاته

ويعطى من هذا الاخير ابتداء قدر ستة ديسيجرام (اعنى ١٢ قمحة) في كل يوم ويزاد في مقدار التعاطى تدريجاً ويقال ان هذه الواسطة العلاجية كبيرة النجاح في الاحوال الحديثة وعند الشبان ولاسيما في الصرع المعسوف بالبطنى او الرجمى واما نترات الفضة التي اوصى بها (هي نه وروميرج) فيعطى من ١ ديسيجرام اعنى قمحتين الى ٢ ديسيجرام اعنى ٤ قمحات في كل يوم ولا بد من الاحتراس في امتداد استعماله زمناً طويلاً الى ان يحصل التسلون الذى اعنى التلون المخصوص المسهر في الجلد واما كبريتات النحاس انوشادزى فاستعماله في الصرع في هذا العصر قليل وكذا الزرننج

واما الجواهر الدوائية النباتية المضادة للحالة العصبية فأشهرها الارمواراء الدوسية والوريانته وشيشة المبرو يعطى من الاول من ثلاثة ديسيجرام الى خمسة اعنى من ٥ قمحات الى ١٠ مسهوقاً او على هيئة منقوع مجهز بالوزة من ٤ الى ٨ جرام واما الوريانته فيعطى ابتداءً منها قدر أربعة جرام (اعنى درهم) ويزاد في مقدار التعاطى شيئاً فشيئاً الى ان

يصل الى ١٥ جرام (اعنى نصف أوقيه) كل يوم امامه محقوقة  
او على شكل المربة

والجوهر الدوائى الاكثر استعمالا فى الصرع فى العصر المتأخر هو برومور  
البوتاسيوم فان كثيرا من مشاهير الاطباء يقولون مع التحقيق انه باستعمال  
هذا الجوهر الدوائى استعمالا مستمرا يمكن الحصول على نتائج جيدة  
واضحة للغاية ومع ذلك يوجد بعض من الاطباء المشهورين لا يعترفون بذلك  
وقد شوهد من استعمال هذا الجوهر الدوائى نتائج واضحة فى بعض الاحوال  
المستعصية حتى لا يمكننا انكار جودة تأثيره والعادة ان يعطى هذا الجوهر  
الدوائى محلولاً من جرام على ١٨٠ جرام من الماء (اعنى  
درهما ونصفا على ست اواق من الماء) ويعطى من هذا المحلول ابتداء  
قدر ماعنى اكل وبعد عشرة ايام اربعة وبعده عشرة اخرى ستة  
ثم يصعد به مع التدرج حتى يصل الى عشرة ملاعق او خمسة عشر الى عشرين  
وهذه هى الطريقة التى كان بعض الاطباء يستعملها كواسطة علاجية  
سريعة بعد تلويين هذا المحلول بألوان مختلفة ويظهر ان اختلاف النتائج  
التي تحصلت عليها الاطباء فى هذا المرض ناتج من عدم استعماله بطريقة  
واحدة مع الاستمرار ولو ان هناك احوال لم يثمر فيها هذا الجوهر  
فى العصر الاخير وقد يشاهد عند استعماله زمناطو يلا ظهور طفح حلى  
على الجلد أو رملى احيانا يزول بعد ترك استعمال هذا الجوهر الدوائى  
ويظهر ثانيا عقب استعماله وبعض المرضى يشتمكى عقب استعمال  
هذا الجوهر الدوائى بمقدار عظيم زمناطو يلا بقدر فى الشهية واضطراب فى  
الذماغ وظواهر نزلية فى المسالك الهوائية تشبه ما يحصل عند استعمال  
يودور البوتاسيوم بل وقد شوهد من استعماله بمقدار عظيم كإذ كرمدة  
مستطيلة من الزمن حالتان حصل فيهما اضطرابات عقلية خفيفة لكن  
فى معظم الاحوال تفقد جميع تلك الظواهر ولذا ان تجربت استعمال هذا  
الجوهر الدوائى بمقدار عظيم مع الاستمرار امر موصى به على الدوام  
ومن جملة الجواهر النوعية القليلة الشهرة التى استعملت فى الصرع الحلتيت  
واوراق البرتقان والنارنج وجزر الرمان وزيت الترمنتينا والزيت الحلى

لدبس ميل والنيله ومن القواعد العامة في استعمال الجواهر النوغية هو ان يستعمل كل منها بالمقدار الموصى به كالأعلى حدته وان يثقل من احدها الى الآخر بسرعة وان تعذب التجارب المعلومة لنا الدالة على ان كل جوهر دوائى نوعى يؤثر تأثيرا جيدا مدة من الزمن ثم لا يحدث النتيجة بعينها فيما بعد اذا كان الجسم قد اعتاد عليه

وأما دلالات المعالجة العرضية فتشتمل على حفظ جسم المريض من الاصابات الجرحية التي يمكن حدوثها مدة النوبة فالمصابون بالصرع لا ينبغي تركهم بدون ملاحظة متى سمحت حالتهم بذلك وهذه الوساطة هي الأهم والأكد فان النوم في سر يزدى حواجز عالية كسرير الاطفال وان أوصى به لكن بهذا لا يمكن الاستغناء عن ملاحظة المريض فانه في مثل هذه الاسرة وان حصلت له نوبة وكان وضعه على الوجه امكن حصول الاختناق عنده وينبغي تجنب ربط المرضى مدة النوبة او مسكهم مسكاً عنيفاً ولوى ايمانهم فكثيراً من العوام من يعتقد ان النوبة تزول متى امكن اجراء ذلك وحالة المرضى بعد النوبة تكون غالباً محسنة مهما كانت شديدة جداً

ومن جملة دلالات المعالجة العرضية استعمال الوسائط التي أوصى بها الاجل تجنب حصول بعض النوب أو قطعها فان الضغط على بعض الاطراف الناشئ منها التسميم الصرعى غير جيد الا بصاحبه ولو ترتب عليه منع النوبة فان حالة المرضى بعد اجراء ذلك لا تكون جيدة كما تكون عقب ظهور النوبة من جهة ومن جهة أخرى تكون النوبة التالية للنوبة السابقة اكثر قوة وشدة وعين ذلك يقال في استعمال المقيئات الشديدة عند ابتداء ظهور التسميم الصرعى وقد ينجح في بعض الاحوال قطع النوبة بالضغط على السبابتين لكن اجراء هذه الطريقة في اثناء التشنجات عسر بل مضر عند فعله من يد غير متمربة بحيث لا يمكن الا بصحاء باستعماله وكذا قد استعمال في العصر المستجدة بقصد تجنب حصول النوبة استنشاق بعض نقط من تترات الاميل



## المبحث الثالث

(في السكراز والتيتنوس)

## كيفية الظهور والاسباب

هذا المرض ذو السیر الخطر الذي ينتهي في الغالب انتهاء مخزنا يطرأ على شكل تشنج مستمر بدون اضطراب في الادراك وقية يعترى عضلات مخصوصة تشنج مؤلم مستمر مع تعاقب واصف فتصاب ابتداء عضلات الفك السفلي ثم الوجه ثم القفا ثم البلعوم ثم الجذع لاسيما عضلات الظهر ومع ذلك فدرجة هذا التشنج المؤلم تختلف وتظهر فيه فترات هسهه وانحطاط ثم ازدياد وينضم لذلك ثوران مؤلم في قابلية التنبيه المنعكس به يعقب المنبهات الظاهرة ولو الواهية نوبة تشنج تبتنوسية بمعنى ان التقايل المستمر في العضلات يزداد جفاة أو انه ينضم اليه نفضات عضلية ممتدة وقوية ويستنتج من هذا الثوران العظيم لقابلية التنبيه المنعكس ان مجلس هذا المرض النخاع الشوكي وغلى الخصوص جوهره السنجاني لكن الى الآن لم يثبت مع التأكيد وجود تغير تشريحي خاص بهذا المرض وطبيعته النوعية فان كلامنا من احتمال النخاع والبقع الاكيدة وزية فيه وفي أعشيمته لا تعتبر تغيرات أصلية لهذا المرض وتنتج ولا بد عن الاضطرابات التنفسية والدورية الثقيلة المصاحبة للتشنج أو انها تنتج عن احتمالات انحدارية رمية بل والبورات الاتهابية النضحية واليدنة التي توجد أحيانا في النخاع انما تشاهد في الاحوال المضاعفة ما لم تكن متعلقة بامرض اعتبرت تبتنوسية خطأ والارتباط الغير الواضح الموجود في التيتنوس الجرحي بين الآفة النخاعية والاصابة الجرحية الظاهرة المتسبب عنها قد اوضح في الاحوال التي فيها امتد الاتهاب من العصب الدائري المنجرح الى النخاع اما امتدادا مستمرا أو متقطعا (المعروف بالاتهاب العصبي الصاعد) بل وبعض الاتهبات العصبية التي لا تصعد نحو النخاع الشوكي وتمتد اليه بل تبقى مقصورة على جزء العصب المصاب يمكنها بامتداد التهيج ان تبتنوس أو امراض أخرى في الاعضاء العصبية المركزية لاسيما النخاع الشوكي وبالجملة فالالاتهاب العصبي ليس من التغيرات القاررة الواصفة للتيتنوس

الجرحى وقديشاً التيتمنوس تبعاً للمعلم (بقيديكت) بالقيمة الاتية  
وهي ان التبرج الدائري يحدث بطريق الانعكاس نوع تشنج وعائى في  
الاعضاء العصبية المركزية تشأعنه اضطرابات دورية واحتمالات  
بل والتهابات في تلك الاعضاء فيما اذ لم يطرأ الموت بسرعة ومع ذلك فليست  
جميع أشكال التيتمنوس تشأعن امتداد تبرج مرضى الى النخاع الشوكي  
بواسطة السبل العصبية المركزية بمعنى ان التبرج يمتد الى جوهر السنجابي  
المنوط بتوصيل الافعال الانعكاسية بل ان هذا التبرج قد يصيب الجوهر  
السنجابي بلا واسطة كما يحصل في حالة ارتجاج النخاع عند السقوط على  
الرأس أو الظهر ولا سيما في حالة التيتمنوس التسممى فان التجارب المغولة  
في الحيوانات استنبط منها أنه في هذه الحالة لا توجد قابلية تنبيه في اعصاب  
الحس والحركة بل ان السم أثر بلا واسطة في الجوهر السنجابي من النخاع  
بواسطة الدم

ثم ان التيتمنوس مرض نادر وانما يكثر حصوله في المناطق الحارة جداً  
لا سيما عند ذوى اللون الاسمر والاسود والاسباب الاعتيادية التيتمنوس  
هي الجروح وهي وان اختلفت نوعاً ومجسماً يمكن أن يعقبها هذا المرض  
لكن يندر اصطحاب الجروح البسيطة القاطعة به دون الجروح المزقمية  
والرضية والوخزية والجروح المصحوبة بوجود اجسام غريبة فيها وجروح  
الاسلحة النارية والحرق ويكثر حصوله ايضا عقب جروح في الاطراف  
لا سيما الارجل والايدي دون باقي أجزاء الجسم

و يصاحب الجروح الواهية كالنتيجة عن الوخز بشظايا جزيئة أو بالظافر  
مثلاً بخلاف العظيمة والبتر والكسور ونحو ذلك وزيادة عما ذكر توجد  
أحوال شريها في العصر الاخير المعلم (چوتن) فيها لم يوجد مع التيتمنوس  
أدنى اصابة جرحية ظاهرة وفيها يظن ولا بد بوجود ارتجاج في المراكز  
العصبية وبالجملة فقد شوهد ظهور هذا المرض أحياناً عقب اصابات  
مرضية باطنية كالوضع وبعض التهابات البليور ورواية النضحية  
والروما تزم المفصلي الحاد المصحوب بالتهاب تامورى بل قد ذكر أنه شوهد  
عقب التبرج الناشئ عن الديدان المعوية وبعض من احوال التيتمنوس

التي يظهر فيها ان منشأ هذا المرض مبهمة بالكلية ( المعروف بالتيتموس  
الذاني ) يظهر ان ينبوعه متعلق ببعض هذه المهيجات الباطنية الخفية  
أو بالاصابات الجرحية الظاهرة الواهية جدا  
والتيتموس قد يظهر بشرة بعد حصول الاصابة الجرحية لكن الغالب  
حصوله بعد عدة ايام حالة كون الجرح اخذ في الالتحام وفي بعض الاحوال  
الاستثنائية قد يحصل بعد مضي عدة اسابيع عقب التحام الجرح والامر  
المعلوم من ان التيموس ينضم بكثرة لبعض الجروح خصوصا في زمن الحرارة  
يستتبط منه ان هنالك بعض مؤثرات ظاهرة تساعدة في حصوله كمتأثير  
البرد والرطوبة في الجروحين واهمال حالة جروحهم أو معالجتها بما لغير  
الالة او الالات القديمة

ومن قبيل التيموس الجرحي يعتبر الكزاز والتيتموس الحاصل عند  
المولودين جديدا قبيل التئام جرح السرة ونحو انتهاء الاسبوع الاول وفي  
أثناء الاسبوع الثاني والذي يشاهد عقب الختان وكذا الذي يشاهد بندرة  
بدون جرح عندهم وكون ظهور الالتهام في المولودين جديدا يتعلق بزيادة  
عن وجود جرح عندهم بمؤثرات اخرى مساعدة على ظهوره كالهواء الغير  
الجيد لمسكن الاطفال والمياه السامة في بعض البيوت وانخفاض درجة حرارة  
الجوار وارتفاعها جدا ( او الحام الساخن جدا ) يتضح من الامر المعلوم  
وهوان التيموس في المولودين جديدا يحصل بكيفية منتشرة وبائية في  
بعض البقاع والمسكن غير المتجددة الهواء وممارسات الولادة ونحو ذلك  
وفي بعض الاحوال قد لا يوجد عند المصابين بالتيتموس أدنى اصابة موضعية  
أو جرحية لكن المرض فيها يكون قد تعرض لتأثير البرد بكيفية متفاوتة  
الوضوح ( كالنوم على الارض الرطبة والبال ونحو ذلك ) فيكون المحدث  
لهذا المرض حينئذ هو تأثير البرد ( وهذا هو المعروف بالتيتموس الروماتزمي )  
وكيفية حصول ذلك منبهة علينا كحصول غيره من الامراض المتعلقة  
بتأثير البرد ومع ذلك في الجائز اعتبار التيموس خطأ روماتزميا في احوال  
توجد فيها اولاد باصابة باطنية جرحية خفية أثرت تأثيرا هيجانيا في بعض  
السبل العصبية المركزية

وهناك جواهر سميّة كالطيمباين المحتوى عليه الافيون والبيكرطوكسين  
 والقهوين والبروسين والامتر كينين ذوات خواص موقظة ومنبهة للفعل  
 المنعكس من النخاع الشوكي بحيث ان المهيجات الواهية يعقب تأثيرها  
 تقلصات عضلية تيتنوسية (وهذا هو المسمى بالتيتنوس التسممي  
 او الاستر كيني)

ثم ان التيتنوس يظهر في سن الطفولة والبوغ كما يظهر عند اليكول  
 لكن حصوله عند الشبان اكثر منه عند غيرهم ويكثر ظهوره عند الشبان  
 الفعلة ايضا زيادة عن الشيوخ الضعفاء البنية وعند الرجال عن النساء

الاعراض والسير

التيتنوس يظهر في معظم الاحوال ظهورا تدريجيا فالظواهر الابتدائية  
 تكون عبارة عن جساوة وانحبذاب في القفا بحيث ان هذا المرض لا يندر  
 اعتباره ابتداء وما ترمز في عضلات القفا ثم يحصل عمى في حركات الفك  
 السفلى واللسان وتعمى في التكلم والازدراد بحيث يظن خطأ احيا نا ان  
 المريض مصاب بدجحة الى ان يتضح تشنج العضلات الضغية فيحصل انفتاح  
 غير تام ثم يتعمد بالكلية (وهذا ما يسمى بالكزاز) ويزداد تشنج  
 البلعوم فيتعذر الازدراد ويزداد التوتر التشنجي في عضلات القفا فيجذب  
 الرأس الى الخلف ويحصل تغير مخصوص في السحنة بسبب اشتراك عضلات  
 الوجه فتكون الجبهة والحاجبان مثنية والابصار شاخصة وتجذب  
 الشفتان فتباعد عن الاسنان المنطبقة على بعضها بقوة فتصير فتحة الفم  
 متجذبة بالعرض كحالة الضحك (وهذا ما يسمى بالضحك السرديني)  
 فطبقا لما ذكرناه يبتدى ولا بد التهييج المرضي في الجوهر السنجابي من النخاع  
 المستطيل (ماعداء بعض استثنات) اعني في نوايات العصب الوجهي  
 والنوعي الثلاث المحرك والعصب تحت اللسان والعصب اللساني البلعومي  
 والاضافي لولس ثم يمتد التهييج من هنا نحو الاسفل الى النخاع الشوكي فينتشر  
 التشنج الى عضلات الجذع وحينئذ فعضلات الصدر والبطن المتصلة  
 تقاصتا ماصلا بتعوق حركات التنفس سيما مدة النوبة لكن الغالب أن

تكون العضلات الباسطة لاظهر هي الاكثر مصابا بحيث انه في أشد درجة  
ارتقاء هذا المرض يكون العمود الفقري منحنيا الى الامام والرأس منحنيا الى  
الخلف (وهذا ما يسمى بالابستوتونوس) اى الخلقى وهذا الانحناء يرتقى جدا  
في أثناء نوب التشنج وفي أثناء ذلك تكون الاطراف السفلى متمددة تمددا  
صلبا وقد يشاهد بندرة ارتقاء التشنج في العضلات المقدمه من الجذع  
بحيث يتقوس العمود الفقري في اتجاه مخالف لما تقدم (وهذا ما يسمى  
بالايرستوتونوس) اى المقدم وأن التشنج يكون بنسبة واحدة في العضلات  
المقدمة والخلفية من الجذع فيصير الجسم في حالة انبساط مستقيم صلب  
(وهذا ما يسمى بالارتوتونوس) اى المستقيم وأما انحناء الجسم الى احدى  
الجهتين المعبر عنه بالبليروتونوس اى الجانبى فالظاهر انه يتعلق بالحالة  
النادرة جدا التي فيها يكون التشنج التينوسى جانبيا بمعنى ان الاصابة  
تكون قاصرة على الجوهر السنجابى من النخاع الشوكى في احدى الجهتين  
وأما الاطراف فيقل اصابتهما ابتداء بالتشنج بل ان الساعدين واليدين تكاد  
تبقى مصونة سيما عند البالغين ومعرفه ذلك مهمة بالنسبة لتمييز التينوس  
عن غيره من أشكال التشنجات المستمرة كالتشنجات العامة والنوب  
التيمة موسمية تصطبج بالأم تشابه الام تشنج سمانة الساقين وقد نشد جدا  
بحيث يصبح المريض من شدتها وفي ابتداء هذا المرض لا تظن النوب من ذاتها  
لكونها تحصل بدنى سبب فكما ان الضفدع المسوم بالاستريكين يقع في  
تشنجات تيموسية بمجرد الدق على الطر بيزة التي عليها مثلا فكذلك يمكن  
أقل ملامسة للجلد أو تيار الهواء أو ارتجاج الفراش أو دق الباب أو اى  
حركة نفلها المرضى كحركة المضع والازدراد بل مجرد تصورها في احداث  
نوبة جديدة وكل من تعذر الازدراد وظهور نوب التشنج كلما اراد اطفاء  
العطش بدل على نوع مماثل بين التيموس وداء الكلب ومدة نوب هذا  
المرض هي وكثرة ترددها قد تستمر في الابتداء بعض دقائق ثم عند ارتقاء  
المرض الى أشد الدرجات تستمر من ربع ساعة الى ساعة قبل أن يحصل  
الانحطاط وهذا المرض المهول لا يحدث اضطرابا في الادراك والحواس  
بل تستمر غير متكثرة الى قبيل الانتهاء المحزن ويتغطى الجلد بالعرق كافي

عنه هذا المرض من المجهودات العضلية القوية والنبض يكون ابتداء  
 سر يعا في أثناء النوب فقط لكنه نحو انتمائه يكون كثير السرعة  
 والصغر وغير منتظم ولا توجد حتى غالباً ما لم يكن هناك مضاعفة جرحية  
 وان وجدت فتكون مساوية لدرجة خفيفة وما ينبغي التيقظ له حصول  
 ارتفاع عظيم في درجة الحرارة قبل طرقات الموت بقابل كما اثبتته (وندرلش)  
 وقد وصل هذا الارتفاع الذي شاهدته في حالة الى ٤٤ مئوية بل وزادت  
 بعض خطوط بعد طرقات الموت وهذا الارتفاع الاتمائي لا يمكن توجيهه بقلة  
 تولد الحرارة الناتجة عن ازدياد المجهود العضلي فان مثل هذا الارتفاع  
 في الحرارة قد يشاهد في احوال جرحية في النخاع السوكي العنقي وغيره من  
 امراض الدماغ والنخاع وسبب ذلك ولا بد هو اضطراب المراكز العصبية  
 المنوطة بتنظيم الحرارة

وفي الغالب يكون البول قليلاً عكراً بسبب عسر الشرب وغزارة العرق وقد  
 يكون محتمياً على زلال ويحصل امساك ويشعر الوم الذي يتناهى المرضي  
 وتكابد مساق كلية من عسر التنفس وذلك انما ينتج عن تشنج المزمار لسكن  
 معظمه ناشئ عن تشنج عضلات الصدر تشنجاً يجعل هذا التجويف في وضع  
 شهيق وعن تشنج في الحجاب الحاجز به يجذب الى اسفل بحيث يعقب ذلك  
 ضجج الاختناق السريع لكن أعقاب المرضى لا تنطفئ حياً به بسرعة بل ان  
 نوب التشنج المصحوبة بالالام الشديدة وضجج الاختناق تتكرر رجلة مرات  
 في النهار ويكثر ترددها وتستطيل مدتها وتقل الفترات بينها وتصبح غير تامة  
 الى ان يقع المريض في خدر التسمم بحمض الكبريت الناتج عن التنفس غير  
 التام في اليوم الرابع أو السادس اذ انه يعقب ارتفاع الحرارة العظيم جداً  
 وازد ياد الفعل المنعكس ازدياد مستمر أسل في النخاع ومن النادر ان يستمر  
 هذا المرض جملة اسابيع الى ان تنتهي به حياة المريض بسبب التهوكة والجوع  
 الناتجين عن تعذر تعاطي الطعومات واما الانتهاء بالشفاء فقد يحصل في نحو  
 العشر الى العشر من حالة من المائة ولو ان التقاويم الطبيعية في ذلك ليست  
 اكيدة ولا يعثر الطبيب بالفترات الطويلة احياناً ولو تمتعت المرضى فيها بنوم  
 مع الهدوء فان التشنج يطر أعقب تلك الفترات بشدة عظيمة وانما ان قصرت

مدة الفترات وقل ترددها وحصل في اثنائهما السه تراها واضحا في العضلات المتقاهمة وامكن المرضى تعاطي المطعومات والمشروبات يربح حصول الشفاء ومع ذلك فخصوله بطي للغاية ولو في الاحوال الحميدة فقد تضي عدة اسابيع الى ان يزول وتوتر العضلات بالكلية ويتم الشفاء ويعتبر من الامور الدالة على حميد الانذار كل من قلة امتداد التشنج واقصره على الكزاز وتقلص عضلات القفا وقلة ارتفاع درجة الحرارة وبطء السير وامتداده الى الاسبوع الثاني مع سن الشبوية والطفولية ويعتبر انذار التيتنوس الروماتزمي اكثر جودة من التيتنوس الجرحي ولولم يكن ذلك على العموم ويظهر ان الاحوال الجرحية التي يتأخر ظهور التيتنوس فيها بعد الاصابة الجرحية بزمن طويل تكون اشد عاقبة من التي يظهر فيها التيتنوس عقب الاصابة الجرحية حالا او بعدها بنحو عشرة ايام

واما تيتنوس المولودين جديدا فان شكله يتنوع قليلا بحسب الحالة الشخصية الطفولية اذ ان هجوم هذا المرض عندهم يشبه بطواهر مرضية غير واضحة فالطفل يصبح في نومته وتغيره هياها ته ويترك الثدي بسرعة ولائمه يتضح ابتداء كون الطفل لا يمكنه ادخال حلمة الثدي او الاصبع في الفم والفم كان يكون متباعدين عن بعضهما بعض خطوط الا أنه يتعذر تبعيدهما عن بعضهما زيادة والعضلات المضغية تتكون حويات صلبة وعضلات الوجه تكون منقبضة انقباضا تشجيا او الجبهة منمنذية والحاجبان منقبضين ومحاطين بشذيات متقاربة من بعضها نحو المركز وجناحا الانف يكونان مرتفعين والشفتان منقبضتين ومدببتين على هيئة الخراطوم واللسان منحصر بين الفكين وفي الغالب يبقى التيتنوس عندهم قاصرا على حالة الكزاز ومع ذلك فقد يعم جميع عضلات الجسم ويصطبج بتقلص في عضلات الجذع وتقفوس العمود الفقري الى الامام والاطراف كذلك يعمها التشنج في هذا الشكل من التيتنوس زيادة عن غيره من الاشكال وانذار تيتنوس المولودين جديدا خطر للغاية فقد يطرأ الموت عمادة في اليوم الاول او الثالث عقب الانحطاط السرير ومع ذلك فقد شوهدت احوال انتهت بالشفاء

### في المعالجة

حيث ان معالجة التيتنوس مشكوك في نجاحها فينبغي ولا بد الاجتهاد في تجنب ظهور هذا المرض عند المجر وحين باستعمال معالجة لا ثقة بحالة الجروح (بواسطة الاربطة الجيدة والاجتهاد في سهولة سيلان الافراز الجرحي ونحو ذلك) وكذا تجنب تأثير البرد والمشاغ الجسمية والانفعالات النفسية وقد تيسر في بعض الاحوال باتمام ما تستدعيه الدلالة السببية منع حصول هذا المرض وذلك بواسطة استخراج الجسم الغريب من الجرح وقطع العصب المتخرج وتجبير الكسور وحل رباط الاوعية واما بتر الطرف المتخرج فلا يترتب عليه طبعاً التجارب ايقاف التيتنوس بعد حصوله ثم ان عدم اعتبار الامراض المزمنة من ان بعض احوال الكزاز والتيتنوس غير النامة قد تشفى من ذاتها الذي لا وقوع في خطأ عظيم بالنسبة لتأثير بعض الوسايط العلاجية ومنفعتها والا لم يبق جـدال بين الاطباء الا من حيثية البعض منها فقط فمثلاً كون الحقن بالمورفين تحت الجلد مع ازدياد مقداره بالتدريج (الى ثلاثة سنتجرام وازيد) بقرب الجرح له منفعة زيادة عن كونه ملطفاً ومسكناً للالام والتشنج امر لم يمتفق عليه الى الآن والافيون يستعمل بكثرة من الباطن كواسطة مسكنة مخدرة لكن ينبغي استعماله بمقدار عظيم جداً (من ٥ سنتجرام الى ١٠) سنتجرام بل وازيد كل ساعة) الحصول على هذه الغاية وهذا المقدار ربما ينتج عنه ضرر وكذا استعمال الحقن تحت الجلد بالاتروبين قد تحصل منه على الشفاء احياناً لكن احوال عدم النجاح كثيرة والمستعمل الآن بكثرة كواسطة مخدرة ملطفة هو الكورال الايدراتي بمقادير عظيمة جداً وينسب اليه تأثير شاف اقله في الاحوال الحقيقية واما الكوروزوفورم فمماثيره وفتي بحيث لا يجوز حفظ المرضى في خـدر كوروفورمي حفظاً مستمراً ونوصي باجراء التجارب في استعمال برومورال بوتاسيوم بمقادير عظيمة جداً (من ١٥ الى ١٨ جرام كل يوم) وذلك لان له تأثيراً ملطفاً في اطفال قابلية تنبيه الفعل المنعكس وقد استبان من عدة مشاهدات ان استعمال الكورارحتماً تحت الجلد يحصل انحطاط في التشنجات التيتنوسية واسترخاء



في العضلات المتوترة وطبقا لتجارب كل من الطيبب ديم وبوش وغيرهما  
يكون عدد الاحوال التي شفيت بالمعالجة بهذا الجوهر الدوائى اكثر من غيرها  
والحقن تحت الجلد بالكورار يوافق احوال التيفنوس الجرعى والروما ترمى  
والتيفنوس الاستركتينى ومع ذلك فلا يخلعون عن الخطر ولذا ينبغي الابتداء  
بقادير صغيرة جدا (من ٧ ملليجرام الى ١٥ مللى) ثم يرتقى تدريجا  
الى مقادير عظيمة (من ٣ سنتجرام الى ٧ سننى) وقد اوصى الطيبب  
ديم باستعمال محلول من ١٢ سنتجرام على ٢٠٠ نقطة من الماء والحقن  
بعشر نقط منه ويبدأ بذلك من ابتداء المرض والتأثير المبين لهذا الجوهر  
الدوائى يتضح في التشنجات والنبض عقب دقائق قليلة ومع ذلك لا ينبغي  
تكرار الحقن به الا بعد ثلاث ساعات او اربع الى أن يزول تأثيره وكذا قد  
استعملت خلاصة الكلابار المطبقة اقبالية التنبيه المنعكس المترابدة  
واسه ما لها يكون ايضا بالحقن تحت الجلد (من ٢ سنتجرام الى ٧ سننى)  
ويكرر بحسب الحاجة مرات في النهار وقد اختلفت الاراء بالنسبة لمنفعة تأثير التيار  
الكهربائى في التيفنوس وعدمها وقد استعمل الطيبب (مندل) التيار  
الكهربائى المستمر في بعض الاحوال مع النجاح بوضع القطب السابى على  
العمود الفقري العنقى والقطب الموجب على الطرف العساوى والسفلى  
ويسلط تيار خفيف مدة عشر دقائق او ١٥ والاسترخاء العضلى الناتج عن  
ذلك قيل انه يحصل بعد جملة جلسات وعندما يكون فعل الازدرادة مذكرا  
يجوز ادخال الاغذية والادوية بواسطة المجلس المرثى امان الفم والانف  
او بواسطة الحقن من المستقيم

المبحث الرابع في الاكلامبسية الطفلية

(المعرفة بتشنجات الاطفال)\*

وتسميها العوام بالقرينة

تنبيه من حيث ان الاكلامبسية التنفسية والكلامبسية الحوامل  
يتعلقان غالباً بتغيرات مرضية في الرحم المحتوى على الجنين أو بتغيرات  
في المشيمة عقب الوضع أو بتغيرات أخرى تحصل وقت الحمل أو تنفاس

فلان تعرض لها هنا كما اننا لا تعرض لكل من أمراض الرحم والمبيضين  
والمهبل المتعلقة بحالة الحمل والنفاين

بـ كيفية الظهور والاسباب

قد ذكرنا فيما تقدم ان الاكلاميسيا الطفولية عبارة عن صرع حاد فانه في  
اثناسه نوب هذا المرض تحصل تشنجات مرتبطة بفقء الادراك لكن هذه  
النوب لم تتردد أشهراً وسنتين في فترات متفاوته كما في الصرع بل تكون  
قاصرة على بعض الساعات أو الايام وتنتهي بعء هذا الزمن اما بالشفاء  
أو الموت وكيفية حصول نوب الاكلاميسيا يقال فيها ما قيل في كيفية  
حصول النوب الصرعية فاننا طبقاً لما ذكرناه سابقاً يعتبر من الثابت  
بالنسبة للاكلاميسيا ان التنبيه المرضي للاعصاب المحركة الذي  
يتضح على هيئة التشنجات يتم بواسطة النخاع المستطيل والاجزاء الكائنة  
في قاعدة الدماغ كما وانه يظهر من الثابت ايضا ان عين الاسباب التي يعقبها  
حالة تهيجية اعتيادية في النخاع المستطيل وصرع هي التي كثيرا ما ينتج عنها  
فحس الطفولية حالة تهيجية وقتية حادة في النخاع المستطيل وتشنجات  
تبعه لذلك ومن هذه الامور السببية نذكر اولاً انيميا الدماغ فان الحيوانات  
التي جرب فيها كل من المعلم (كوشمول وتينير) هلكت في الحقيقة  
بالاكلاميسيا بالصرع كما وانه من الثابت ايضا ان الاحتقانات  
تحدث أحوالاً تهيجية حادة في النخاع المستطيل ونوب اكلاميسيا وقد  
يحصل ذلك من اختلاط الدم بعناصر غريبة وذلك يثبت من حصول  
التشنجات التي تنتهي بالموت بسرعة أحياناً عقب التسمم الهول أو التسمم  
بجواهر مخدرة ومن هذا القبيل التشنجات التي تحصل عند الاطفال بكثرة  
وتكون ناشئة عن تسمم الدم بالاصل الميازمي كالتشنجات التي تصحب  
ظهور القرصية والحصبية والجدرى وكالتشنجات التي تصاحب الجليات  
الشديدة والتي لا يندر ان تصاحب الالتهابات الرئوية وغيرها من الامراض  
الالتهابية الحادة.

واما نوب التشنجات التي تنشأ عن أمراض في الدماغ أو النخاع الشوكي  
وتشابه في كيفية حصولها أشكال الصرع الناشئة عن أمراض مزمنة

في الدماغ او النخاع الشوكي لا تعتبر عادة من الاكلام ميسيا بل تعتبر شكلا  
عرضيا من التشنجات فتميز عن الاكلام ميسيا بالمعنى الحقيقي

واما نوب التشنجات التي تنشأ عن تمزج العقد العصبية الدماغية كما يحصل  
ذلك من الرعب الشديد وغيره من الانفعالات النفسية وامتداد هذا التمزج  
الى النخاع المستطيل منها فتعتبر من الاكلام ميسيا الحقيقية وبالجملة فان  
أغلب حصول الاحوال التهيجية المرضية الوقنية في النخاع المستطيل  
يكون ناشئا عن امتداد تمزج واقع على الاعصاب الدائرية كما يحصل  
ذلك من امراض الاعضاء المتعددة لكن الواقع هنا لا يكون ناشئا عن  
اورام عصبية ولا غيرهما من الاورام والنسب الاتحامية كما هو الواقع في  
الصرع بل الغالب أن يكون حصول الاكلام ميسيا ناشئا عن تهيجات في  
الانتهات الدائرية للاعصاب المنتوزعة في الاعضاء المختلفة تمتد الى النخاع  
المستطيل وتؤثر فيه ومن هذا القبيل تعتبر تشنجات التسنين والتشنجات  
الديداينية والتشنجات التي تحصل من امساكات جرحية مؤلمة في الجلد

وكان الفعل المضاد للنصفين الكريين والاجزاء القاعدية من الدماغ  
مجهول علميا في الاكلام ميسيا فليس عندنا قدرة على توجيه اصطحاب  
التشنجات بفقد الادراك

واما ما يخص الاسباب فنذكر انه في الزمن الذي لم تحصل فيه الاحوال التهيجية  
الاعتيادية من النخاع المستطيل الا نادرا بكون الاستعداد للاحوال  
التهيجية الحادة فيه كثير اجدا فان الاطفال في الاثمن الاول من الحياة  
والمولودين جديدا الذين ينسد فيهم الصرع بالعكسية يصابون بكثرة  
بالاكلام ميسيا وينتد حصول هذا المرض بعد التسنين الاول ويكون نادرا  
جدا بعد التسنين الثاني وقد يكون الاستعداد لهذا المرض وراثيا فتصاب  
غالبها جميع الاطفال من عائلة واحدة بالاكلام ميسيا ولا تعلم الاحوال المرضية  
من الابوين التي فيها يحصل الاستعداد للاصابة بالاكلام ميسيا عند الاطفال  
فان هذا المرض كما يشاهد عند الاطفال الاقوياء الدمويين يشاهد أيضا  
عند الاطفال ذوات البنية الضعيفة الانيمياويين ويظهر ان الاستعداد  
للاصابة بهذا المرض عند الذكور من الاطفال اكثر منه في البنات ويعد من

الاسباب المتممة لهذا المرض خلا لما ذكر في كيفية الحصول تعاطى اللبن  
بعد وقوع غضب شديد عند الام أو المرصعة حالا ولذا لا ينبغي رفض هذا  
الرأى مهما كان توجيهه عمرا فتتبع العادة القديمة بانه لا يعطى الطفل  
الثدى حال غضب الام غضبا شديدا الا بعد عصره واستفراغه اول مرة  
وتسكين غضبها

### بوالاعراض والاسباب

اشكال الاكلام بسببها التي كثيرا ما تظهر في سن الطفولية كعرض سابق  
في الامراض الطفعية والالتهابات الرئوية وغيرها من الامراض الالتهابية  
بدلا عن القشعريرة هي التي كثيرا ما تظهر بجفاة وبدون اعراض سابقة  
وأما غيرها من اشكال الاكلام بسببها فان نوبتها تسبق غالباً بظواهر  
مقدمة فالاطفال يكون نومهم مضطربا ولا يخلقون أعينهم غلقا تاما ويجذب  
فهم زمنا فزنا ويحصل عندهم سكين في الاسنان وينزعجون بمجرد  
اللمس ويشاهدون يقطعة فيهم تغير في الهيئة والخلق فيعضون بسرعة  
ولا يكون لهم ميل للعب ويكون كثيرا وتغير الوانهم في كل وقت

واما شرح النوبة الاكلام بسببها فطابق بالمكايمة اشرح النوبة الصرعية  
فيظهر عادة في ابتداء هذا المرض النوبة التشجيمية الطفلية بتشجات  
مستمرة في اثنائها يجذب كل من الرأس والجسم الى الخلف وتهدد  
الاطراف وتدور العين وتقف الحركات التنفسية ثم تبدئ التشجات  
المتعاقبة التي تنتشر في عضلات الوجه والذراع والاطراف وبذلك يقع الجسم  
جميعا في حركات تشجيمية متعاقبة ويندر أن يكون ذلك قاصرا على نصف  
الجسم وشدة التشجات في هذا المرض تشابه شدتها في الصرع ايضا  
وفي اثنائها يحمر الوجه ويصير سميكا فورا يخفيا ويرز الزبد من بين الشفتين  
ويتغطى الجلد بالعرق ويتهدد البطن بسبب دخول الهواء ويحصل عرق  
عظيم في التنفس ويصير النبض صغيرا متوترا ويفقد الادراك بالسكينة  
ومع فقدته تنطق الحساسية بالمنبهات الشديدة جدا وهذه النوبة  
يندر أن تمضي بسرعة مثل النوبة الصرعية بل الغالب استمر ارها نحو ربع  
ساعة أو نصف ساعة او اطول من ذلك ولذا كثيرا ما يرى الطبيب المشتغل

بالطب العملي نوب الاكلامبسيا ويندر مشاهدته لنوب الصرع فان  
 النوبة الاولى تستمر عادة الى حين وصوله للربض وأما الثانية فانها  
 تزول عادة قبل وصول الطبيب وقد شاهدنا من مندسين طفل معه نوبة  
 تشنجية اكلامبسية استمرت نحو الاربع وعشرين ساعة ولومع فترات  
 قليلة والعادة أن تنتهي النوبة التشنجية الاكلامبسية بزفير مستطيل تهدي  
 أو بالتبرز الغزير ويندر حصول ذلك فجأة في أثناء ارتقاء النوبة الى أشد  
 درجاتها بل الغالب حصوله بعد انحطاطها شيئاً فشيئاً ثم يقع الطفل في نوم  
 عميق وان عاد الطبيب الطفل في اليوم التالي صباحاً يجده كأن لم يكن به شيء  
 بل مشغولاً بالامب ومن النادر أن يقتصر الحال على نوبة واحدة بل الغالب  
 حصول نوب متوالية ويظن حصول النوبة الثانية ان لم يكن نوم الطفل الذي  
 وقع فيه يعد زوال التشنجات غير عميق بل يكون في حالة قلق وعنده اصطكاك  
 في الاسنان واعتقالات عضلية جزئية في الاطراف والنوب التالية لذلك  
 تشابه بالكمية النوبة التي سبق شرحها ولا تختلف عنها الا بشدةها ومدتها  
 وكثير من الاطفال لم يحصل لهم نوبة اكلامبسية الا مرة واحدة وعند آخرين  
 تتردد تلك النوبة زمناً فزمناً وكلما كانت المؤثرات الماضية المحدثه لتكرار  
 تلك النوبة غير معلومة قرب الظن بان النوبة نوبة صرعية لان نوبة اكلامبسية  
 وأما الاحوال التي فيها تكون الاسباب المتمعمة لتكرار النوبة قليلة الوضوح  
 ففيها يبقى الشك بان كانت النوبة صرعية او اكلامبسية وعلى العموم لا يمكن  
 من اول مرة الحكم بان كانت النوبة صرعية او اكلامبسية وذلك لان  
 الاسباب المتمعمة لحصول النوبة تخفى علينا غالباً وقد يحصل الموت في  
 أثناء النوبة بسبب عوق التنفس وانسحاق الدم بجمهض الكبر بونيمك  
 كما انه يحصل عقب زوال النوبة اعنى في أثناء الحالة الكوماوية عقب  
 الانحطاط الكلي والاكلامبسية في الاشهر الاول من الحياة مرض خطر  
 للغاية فان أغلب الاطفال المصابين به يهلكون وأما الاطفال المتقدمون  
 في السن فيكون انتهاءه فيهم حميداً غالباً واما هلاك كثير من المرضى سواء  
 كانوا في سن الطفولية او في الاطوار المتأخرة من الحياة متى ظهر عندهم  
 نوب تشنجية مصحوبة بفقد الادراك في أثناء سير الامراض الدماغية

أو الخاعينة الشوكية الحادة فهذا أمر واضح ومع ذلك فلا يقال ان هلاك  
مثل هؤلاء الأشخاص حصل من الاكلاميسيا وعين هذا يقال في الامراض  
الناشئة عن الاكلاميسيا فان نوب هذا المرض ان اعقبت بالبله والشلل  
او الحول او غيرها من الاضطرابات الثقيلة كان هذا ولا بد دايما  
قطعا على ان النوب تعلقت باضطرابات غداثية في الاعضاء العصبية  
المركزية

### في المعالجة

من الامور العسرة بل المتعذرة غالبا الحكم في كل حالة راغنة عند طفل  
مصاب بفقء الادراك مصحوب بنوبة تشنجية ان كان هذا ناتجا عن احتقان  
الدماع او قلة الدم فيه او كان هناك اضطراب آخر في دورة الدماغ نتج عنه ذلك  
ولذا كان من الجيد التمسك بالامر الاتي وهو انه ان كان الطفل المصاب  
متمتعاً في السابق بصحة جيدة وكانت طالة بنيتها قوية دموية أن يستعمل له  
حقنة من كريمة من جزء من الخسل وثلاثة أجزاء من الماء البارد وتغطية  
رأسه بالوضعيات الباردة أو الجليدية وان لم تزل التشنجات عقب استعمال  
ذلك ينبغي ان يوصى له بارسال عاق خلف الرأس بكمية مناسبة لحالة بنيتها  
وسننه ولا يمكن ان يعطى له جواهر دوائية مدة النوبة لكن عقب زوالها  
ينبغي عند الخوف من تردها ان يعطى له مهدل مركب من الزبيق الحلو  
والجلابسة او يعطى بعض عقادير صغيرة من الزبيق الحلو وزهر الخارصين  
واما ان كان الطفل ضعيف البنية ومزوكا من حالة مرضية مستطيلة فينبغي  
ان يعطى له حقن من منقوع البياض او الوالريانا مع بعض نقط من صبغة  
الكاستور يوم فان لم تنجح هذه الوسطة يستعمل له حقن من مستحلب  
الجليت من ٥ ديسيجرام الى واحد جرام على ١٠٠ جرام من المستحلب  
(اعني من نصف جرام الى جرام على ست اواق من الماء) وتوضع الضمادات  
الخردلية على الساقين ويستعمل كذلك حمام قاتر وعندما تزل النوبة  
بالكلية يمكن استعمال طرق علاجية أخرى ومن المعلوم أنه بقطع النظر  
عن الاحوال التي فيها تكون الاكلاميسيا عرضا لمرض في الدماغ او ناتجة  
عن التسمم البولي أو عرضا ابتداءيا لمرض حاد يكون من المهم معرفة الحكم

على قسم المجوع والعصبي الواصل منه انه يهيج المرضى الى انخاع المستطيل  
اذ بهذا الحكم يتعلق نوع المعالجة بان كان الواجب اعطاء مسهل او مقش  
او جوهر مضاد للتخمر المعدى او طارد للدود اوبان كان يجب استعمال  
طريقة علاجية اخرى كشق اللثة او اخراج جسم غريب او تنقيص درجة  
حرارة الجسم ونحو ذلك واما اعطاء كل طفل حصلت عنده نوبة اكلام بسبب  
الزئبق الحلو بمقدار مسهل ثم الزئبق الحلو مع زهر الخارصين بمقادير صغيرة  
لاجل تجنب عودها فانها فاعل لا توصى به على الدوام وان أعقبت النوبة  
بجالة كوماوية ثقيلة وجب استعمال النطولات الباردة وان أعقبت بجالة  
المخاط خطيرة وجب اعطاء المنبهات كالتيثيد والكافور والمسك واستعمال  
المحولات على الجلد والحمامات الفاترة ونحو ذلك وفي العصر المستجد  
استعمل بكثرة في هذا الداء كل من الكورال الايدراتي من ٥ - ١٥ الى  
١٥ - ٥ (اعنى من قحمة الى ثلاثة كل ثلاث ساعات) على حسب من  
الطفل وبرور الهوتاسيوم المدوح في الصرع ويمكن استعمال كل من  
هذين الجوهرين على شكل حقن

### المبحث الخامس

(في الاستريا) \*

(وتسمى عند الاقدمين من اطباء بالاختناق الرجنى) \*

الاستريا لا يمكن ادخالها تحت نوع مخصوص من الامراض العصبية  
كما أجزينا ذلك في الصرع والاكلام بسبب الطفلية فانه يكاد يوجد  
دائما في هذا المرض المختلف الاشكال اضطرابات في الحس والحركة  
والوظائف العقلية وفي المجوع والعصبي الوعائى والمغذى في آن واحد  
وتارة يتضح نوع من الاعراض وتارة اخرى يتضح الآخر ولا يندران  
يوجد دوران وازداد مرضى في قابلية تشبيهه بغض اجزاء المجوع والعصبي  
يظهر على شكل دوران في الاحساس او تشنج ويكون ذلك مضاعفاً بنسبة  
او تنقص مرضى في قابلية تشبيهه ببعض اجزاء اخرى من هذا المجوع  
تظهر على شكل تنقص في الحس او الشلل والى الآن لم يمكن الجواب  
مع التاكيد عن المسئلة المتعلقة بكون الاضطرابات العصبية العديدة

للاستريا (ولو كانت غير ناشئة عن تغيرات مادية في الاجزاء العصبية)  
 مهتبه للاعضاء العصبية المركزية أو الدائرية منها فان معظم المرضى وان  
 كان كثير الحساسية من المنبهات الظاهرية الا ان ذلك كما يمكن نسبه  
 لثوران في قابلية تنبيه الاعصاب الدائرية يمكن ايضا نسبه الى ثوران في  
 قابلية تنبيه بعض اجزاء الدماغ التي اليها تنصل الاحساسات وتصبح مدركة  
 فيها والقول الاول يعترض عليه بعظم انتشار ثوران الحساسية وبالاضطراب  
 الحاصل في الوظائف العقلية والقول الثاني يمتنع بكون ثوران  
 الحساسية المذكورة يكون من نمطا يزداد عظيم في الفعل المنعكس فان  
 هذا الاخير لا يمكن أن يصدر الا عن ارتقاء في قابلية تنبيه الاعصاب الدائرية  
 او عن ارتقاء فيها وفي قابلية تنبيه العقد العصبية الشجاعية الشوكية معا  
 ولذا أن النظريات المعول عليها في الاستريا هي ما قاله الطبيب (هيس)  
 من أن ينبوع هذا المرض اضطراب غذائي في جميع المجموع العصبي دايريا  
 كان أو مركزيا

والامر المعلوم من ان الاستريا مرض يكاد لا يوجد الا عند النساء خصوصا  
 من ابتداء زمن البلوغ الى زمن انطفاء الوظائف التناسلية ادى للقول بان  
 الاستريا مرض في عموم المجموع العصبي ناشئ من تغير غذائي في اعصاب  
 الاعضاء التناسلية وهذا التوجيه وان كان غير مطلق الا انه يوافق معظم  
 احوال هذا المرض وقد تحقق لنا من الظواهر المرضية العديدة التي تكلمنا  
 عليها في المباحث السابقة ان الاحوال المرضية للاعصاب المصابة كثيرا  
 ما تمتد الى غيرها من الاعصاب أو الى الاعضاء العصبية المركزية ايضا ويجب  
 علينا ان نقول حينئذ بطريقة المقارنة ان الاحوال المرضية للاعصاب  
 الاعضاء التناسلية يمكن أن تنتشر في باقي اعصاب الجسم وتمتد اليها والى  
 الاعضاء العصبية المركزية ايضا ويظهر ان الاضطرابات العصبية الخفيفة  
 التي هي عمارة عن ثوران في الاحساس وازدياد في ظواهر الفعل المنعكس  
 والاضطرابات العقلية التي تظهر في زمن الحيض عند كثير من النساء  
 الاصحاء البنية متعلقة بتغيرات من هذا القبيل وتكون حينئذ مشابهة  
 للاستريا الناشئة عن احوال مرضية في الاعضاء التناسلية وفي بعض احوال



الاستريا لا يشك في نوع هذا المنشأ وذلك ان ظهرت الاستريا الواضحة عند  
 امرأة سليمة البنية الى هذا الوقت أعني عقب الاجهاض أو الولادة العنيفة  
 المتلوة بتغير التهابي في الرحم واستمرت الاستريا مادام التغيير الرحي  
 مستمرا وزالت متى تبصر شفاء المرض الرحي اذ من الواضح في هذه الحالة  
 ان مرض الرحم هو الينبوع الوحيد في الاضطرابات العصبية المنتشرة  
 المتنوعة التي يعبر عنها بالاستريا وجميع أمراض الرحم والمبيضين ليس لها  
 تأثير واحد في احداث الاستريا فاكثروا هذه المرض يكون امامنا  
 التهابات الرحم المزمنة ولا سيما من تقرحات فوهة وعلى الخصوص  
 من احتمالاته وسيلاناته ويندر أن تصاحب الاستريا التولدات المرضية  
 الخبيثة والتغيرات المرضية المفسدة لهذا العضو وبالنسبة لامراض  
 المبيضين فان الايكياس الصغيرة الحجم الممتلئة باسنان وشعر تحدث الاستريا  
 اكثر من الايكياس العظيمة

ومن الجائز في بعض الاحوال ان التهيجات التناسلية كالتي تنبع  
 عن الجماع المتكرر أو الغير انام أو السحاق او عن مجرد الشهوات التناسلية  
 تؤثر على المجموع العصبي بكيفية مشابهة للامراض الرحية الجوهرية  
 السابق ذكرها لكن لا يجوز القول بنسبة جميع احوال الاستريا التي  
 فيها لا يمكن اثبات وجود تغيرات جوهرية في الاعضاء التناسلية الى تهيج  
 الشهوات التناسلية وادائها بكيفية غير طبيعية فان القول بذلك يدل  
 على عدم معرفة طبيعة النساء معرفة حقيقية ولذا ملنا القول بذلك في احوال  
 عديدة لكن لا نعتقد ان جميع النساء العزبات والبنات البكار الطاعنات  
 في السن المصابات بالاستريا والغير المكابدات لامراض جوهرية في  
 الاعضاء التناسلية معدتات ومتمادات على احداث الشهوات التناسلية  
 الغير الطبيعية

ومحمد وجود استعداد واضح الاستريا يمكن أن ينشأ هذا المرض من اصابة  
 مرضية في عضو آخر فقد شوهدت احوال واضحة منه عند البنات  
 الشابات المصابات بامراض مزمنة في المعدة وكانت الوظائف التناسلية  
 عندهن على حالتها الطبيعية

ولننضم الى رأى هس الذي تكلم كلاما شافيا على اسباب الاستميريا وذكر  
 ان كثرة حصولها عند النساء الخاليات عن الاطفال والعزبات والابكار  
 الطاعنات في السن اللواتي من ذوات البيوت متعلق بمؤثرات نفسية لا  
 طبيعية عضوية ومن المعلوم ان تأثير المؤثرات النفسية الشديدة يتضح  
 في فعل المجموع العصبي عند الاشخاص الاصحاء البنية الأتري ان  
 بعض الاشخاص يحصل لهم من تأثير الرعب الشديد مثلا حالة ارتعاد شديدة  
 بحيث لا يتحسرون من محلمهم وان بعضهم يقلص قبضة يده قابضا  
 عليها او عرض على شقمية ويفعل حركات تنبيه ارادية ويكون عنده قلق وضجر  
 عظيم بدون ان يكون ذلك متعلقا بفعل الارادة الأتري ايضا انه بتأثير  
 الفزع الشديد أو تألم نفسي قوى قد يحصل فتدنام في الاحساس وانه عقب  
 الاشغال العقلية الشاقة لا يندران يشاهد حصول ثوران عقلي عظيم الأتري  
 ايضا اتنا كثيرا ما نشاهد بتأثير الانفعالات النفسية حالة تنبيه في المجموع  
 العصبي الوعائي الغذائي بحيث تحمر الوجنتان او تنتقع وتنكمش عضلات  
 الجلد أو تسترخي بحيث يحصل ازدياد في الافراز الدمعي والمعابي ومتى كانت  
 هذه الاضطرابات العصبية المنتشرة ناتجة عن مؤثرات نفسية وقتية فن  
 الواضح والقريب العقل حصول اضطرابات عصبية مستمرة عند النساء  
 اللاتي يثن من الحصول على اربهن ووقوعهن في حالة اضطراب عصبي  
 مستمر ونحن وان اعترفنا بان الكيفية التي بها تحدث المؤثرات النفسية  
 المستمرة نوعا في تغذية المجموع العصبي والاستميريا غير واضحة التوجيه  
 لا يجوز لنا ان نقول ان عندنا تحقيقا واضحا في كيفية انتشار الحالة المرضية  
 من الاعصاب التناسلية على باقى المجموع العصبي والاضطراب النفسى  
 الذى يؤدى لحصول الاستميريا لا يتعاقب بالاحوال الخارجية للشخص بل  
 من كيفية ادراكها وتصورها فان الامر المصادف لاحد الاشخاص ويعر عليه  
 بدون ان يترك عنده اذى أثر قديور عند شخص آخر تأثيرا عميقا ويكون  
 ينبوعا لحزن مستطيل عنده فمننضم هذه الحيشية الى ما ذكره (هس) من ان  
 الاستميريا كما انها قد تنشأ عند امرأة من زواجه الرجل فاقد قوة الباه قد تنشأ  
 ايضا عن الاحساس العميق الحزن الناتج عن التصور بان بعلمها ليس كفتوالها

ولا لاتمام ما تقتضيه مقاصدها ولو كانت قوة الباه عنده في الحالة الطبيعية  
وعين الاضطرابات الغذائية التي تحصل في المجموع العصبي بواسطة امراض  
اعضاء التناسل أو بواسطة اسباب نفسية يمكن حصولها بحالة غير طبيعية  
في العناصر الغذائية والذي يدل على ذلك كثرة حصول الاستيريا في  
أحوال الايدز عينا والخلوروز بدون وجود امراض في الاعضاء التناسلية  
وتهيجات شهوية او اعتياد على السحاق وعقب المؤثرات النفسية التي سبق  
ذكرها

ثم ان الاستعداد للاصابة بالاستيريا كثير الانتشار ومع ذلك فهو يختلف  
باختلاف الاشخاص فان الاستيريا لا تصيب جميع النساء المعترين التمرات  
رجمية منمنة او سيلانات من هذا العضو أو تقرح في عنقه كما انها لا تصيب  
الابكار الطاعنات في السن الا في معتقدن عدم اتمام واجباتهن في المعيشة  
كما انها لا تعترى جميع البنات المصابات بالخلوروز ويندر أن تشهد  
ظواهر واضحة من الاستيريا عند البنات قبل سن ١٣ الى ١٥ سنة  
كان هذا المرض نادر في سن الشيخوخة وكل من البنية والمزاج ليس له  
تأثير واضح في ازيد الاستعداد للاصابة بهذا المرض وعكس ذلك يقال  
بالنسبة لتنوع المعيشة والتربية عند البنات فان لهما تأثيرا واضحا في  
زيادة الاستعداد للاصابة بهذا المرض فان كانت البنات غير معتادات  
على الحكم عليهن وكان الابوان مهتمين باتمام جميع مقاصدهن ولو الواهية  
وتركاهن بهن يمكن انفسهن من البكاء والتقلب على الارض بأقل سبب وخشيا  
من تربيتهم والحكم عليهن وتأديبهن بل تركاهن لغضبهن فحينئذ لا بد  
وان يكن عرضة فيما بعد للاصابة بالاستيريا فاننا قد ذكرنا فيما تقدم ان هذا  
المرض لا يحصل بواسطة الامور الخارجية عن الشخص بل بالكيفية التي  
تؤثر على عقله ولذا ينبغي تعود البنات على الشغل وحسن السير والحكم  
عليهن كما انه يجتهد في منع البنات المراهقات من استغراق جميع التمرات  
باشغال فكرية كقراءة كتب الغزل ونحوها مما يهيج قوة التصور بل بصير  
تعودهن على الاشغال المنزلية الجسمية وبذلك يمكن تجنب حصول الاستيريا  
فيما بعد عندهن

والاستيريا عند الرجال ظاهرة نادرة جداً ولا يقال في مثل هذه الاحوال  
ان الاستعداد عندهم للاصابة بهذا المرض ناشئ من اجوال شخصية  
تكون بصفة بمعنى ان هذا الاستعداد يتعلق عندهم بمجاله تختل في الاحوال  
الواضحة من الاستيريا عند الرجال كانت الاشخاص المصابة ذوات مشي  
وخصال مؤنثة وما عد ذلك فانهم كانوا يمتنعون عن الاشغال الجسمية  
ومنهم من يمشي على التيجيات الشموانية التناسلية او على جلد عميرة

### في الاعراض والسير

لا يمكن شرح الاستيريا شرعاً عاماً بسبب كثرة اختلاف اعراضها وتضاعفها  
العديد لبعضها ولذا ننسب هذه الحيشة نسبياً لشرح هذا المرض بطريقة  
عامة وشرح كل عرض على حدته فنقول

اما الاضطرابات الحسية فهي الظواهر المرضية الكثيرة الحاصل في هذا  
المرض وتكاد لا تفقد في جميع الاحوال ونذكر من جملة هذه الاضطرابات الحسية  
العمومى الذى تسميه العامة بالضعف العصبى وهذا العرض كثير ما يكون  
هو الوحيد بدون مضاعفة باضطرابات اخرى وثوران الحس العمومى هذا  
قد يظهر بصفة حدة الحواس ودقة فيها فان بعض المرضى قد يمكنه بواسطة  
المس ادراك الفرق الواهى في الثقل والحرارة ومعرفة السطح الظاهرى  
من الاجسام حالة انغلاق العين وتميزها عن بعضها تمييزاً لا يتيسر اجراؤه  
من الاشخاص السليمين ومن الواضح ان تلك الصفة تؤثر على العموم  
بكيفية عجيبة وتكون سبباً في اعتقادات فاسدة غريبة وغش عظيم

وكثير من المرضى من يتسلطن عندهم حاسة الشم حتى تفوق وجودها في  
بعض الحيوانات فيتمسرها بكيفية عجيبة بواسطة الشم تمييزاً شياً او اشخاص  
لا يتمسرها تمييزاً عن بعضها لغيرهم ويسمعون ويدركون مشى الاشخاص  
ولو كانت بعيدة وكذا يشاهد عندهم امور عجيبة بالنسبة لدقة حاسة الذوق  
ومن الجيد بالنسبة للحيشة الانسانية كون ثوران الاحساس عند المصابات  
بالاستيريا من الامور النادرة والا كان يترتب على ذلك كثيرة عديد المدعين  
بمعرفة الاسرار والنظر في المستقبل  
واكثر من ذلك مشاهد ثوران الاحساس عند المصابات بالاستيريا الذى

يتضح عند دهن بصفة الضجر والقلق ويكون ناتجا عن تهيج خفيف  
 في اعصاب الحس فان الشخص السليم وان كان لا يتألم ويضطرب عادة الامن  
 العاطف من عجة اوروايح شديدة او مواد مره الطعم جدا او حريفة او من الضوء  
 الشديد والوان الساطعة نجد ان النساء الاستيريات لا يطقن بالسكينة  
 التكلم معهن بصوت مرتفع ويرغبن في التكلم بصوت واه جدا (المعروف  
 بالوسوسة) ولا يطقن وجود زهرة من الازهار في اودهن فانهن ينزعجن من  
 رائحتها ولو كانت خفيفة ويتجنبن المطعومات مهملت كمية الاقويات  
 المضافة اليها وبعض النساء الاستيريات لا يتحملن ضوء النهار ولا يطقن  
 ان يتقرب منهن احد يكون معه مثل منديل ارجر وينضم لهذا الاحساس  
 العظيم من المؤثرات الخفيفة جدا ايدوسنة ككرازيات مخصوصة اى  
 فبعض المنبهات مثلا يحدث عند الاشخاص السليمين تأثير اخر عجبا بصفته  
 لا بقوته يحدث عند النساء المصابات بالاستيريا احساسا للذيذ والعكس  
 بالعكس بمعنى ان المهيجات التي تحدث بصفتهما عند الاشخاص السليمين  
 تأثيرا جيدا تؤثر على حواس النساء المصابات بالاستيريا بكييفية  
 مضحجة واكثر من ذلك معرفة الظاهرة المعروفة من ان النساء الاستيريات  
 يرغبن بكثرة في رائحة الريش المحرق ويتعاطين بدون اقتضاء كمية عظيمة  
 من الحاميت ومع ذلك لا يطقن ولا يتحملن رائحة مثل البنفسج والفل  
 وغيرها من الروائح المقبولة عند الاشخاص السليمة

وزيادة عن علامات الثوران في قابلية النهج المرضية تشاهد أحوال تبهيات  
 مرضية في الاعصاب الحساسة ايضا لا تكون مماثلة للسابقة ومن هذا القبيل  
 تعدد الام العصبية كالآلم العصبي الوجهي والصداع والآلم العصبي  
 الثديي والوركي فان جميع هذه الآلام العصبية تشاهد بكثرة عند النساء  
 الاستيريات وينضم لذلك الآلم الشديد جدا الذي يكون قاصرا على صفر  
 محدد وصغير من الرأس في محادة التدرج الجداري وتبرعنه المرضي  
 يشبه مسمار موضوع في محل محدد ولذا يسمي بالآلم المسماري الاستيري  
 وكذا يوجد عند دهن على الدوام آلام في الظهر تزداد عند الضغط وآلام  
 مخصوصة في المفاصل تعرف بالآلام المفصلية الاستيرية وهذه الآلام

التي شدتها واستيظانها في المفصل المصاب يمكن اختلاطها بالتهابات  
مفصلية وكذا قد يشاهد أحوال مرضية تهيجية في اعصاب الحواس لا تكون  
متعلقة بمنبهات طبيعية فيها فبعض المرضى يشم دائماً رائحة مخصوصة  
أو يحس بذوق طعام مخصوص وبعضهم يشتكى على الدوام بطنين في الأذنين  
ودوى أو بشر زمام العين

ومن المستغرب وجود تناقص في الاحساس أو فقدته بجوار الظواهر التي  
سبق ذكرها وهي عبارة عن ثوران قابلية التنبية وارتقائه ارتقاء  
مرضياً وتناقص الاحساس أو فقدته هذا المأني يكون قاصراً على جزء  
محدد وفي الجسم أو منتشر فيه ومن المشكوك فيه كون فقد الاحساس  
هنا متعلقاً بتناقص في قابلية تنبيه الاعصاب الدائرية أو بانطوائها في بعض  
اصفار محدودة في المراكز العصبية وبعضها على ما في كثير من الأحوال  
الحكم بان كانت المرأة الاستيرية معتريتها تناقص في الاحساس أو فقدته  
أو انما تشتهى بذلك من نوع العجب فانهم لا يشتمكين بالاحساس بالألم  
عند وخزنها في اصفار محدودة أو قرصين وحرقتهم فان وجود ظواهر  
العجب عند النساء الاستيريات أولاً يشك فيه ولو علمت النساء المرضي  
ان فقد الاحساس أمر عجيب عسر التوجيه لا ازداد عدد النساء المشتكيات  
ازداداً عظيماً وقد شاهدنا حالة استيرية في امرأة كانت لا تفعل ادنى  
تقلص في سحمتها عند كيمها بالحديد المحمي على ظهرها كيداشم بطبياً ومع ذلك  
لم يكن عندها اثر يدل على فقد الاحساس في جلد ظهرها وجميع اضطرابات  
الحس المذكور تنسب لحالة تهيج مرضي في اعصاب الجلد والحواس ويتضح  
لذلك عند النساء الاستيريات اصابت اضطراب في حساسية الاحشاء  
الباطنية فاننا في الاحوال الصعبة لم يكن عندنا أدنى اشهر  
أو شعور واه بحالة الاحشاء الباطنية مادامت تلك الاعصاب سليمة  
بحيث لا تعلم ضربات القلب الا عند وضع اليد وتنفس بدون أن يصل ذلك  
الى حاسة الادراك ولا يدرك قبل المعدة ولا المعاء ولا الكيتين في الحالة  
الاعتيادية ويشاهد ان النساء الاستيريات تشتمكين باصابت مخصوصة  
متنوعة عجيبة في وظائف احشائهن الباطنية فيكاد جميعهن يشتمكين بحققان

في القلب ونبض متعقب في جميع الاوعية وان بحث الطبيب عن ضربات  
 القلب او عن حالة النبض تأكد ان هذه الاصابات شغفصية وان ضربات  
 القلب لم تكن متزايدة وان النبض لم يكن قويا ولا ممتلئا وعين ذلك يقال  
 بالنسبة لاحتمياج التنفس فبعضهم يشتمكي احيانا بضجر شديد وضيق  
 عظيم في التنفس ويتنفس تنفسا عميقا شاقا ومع ذلك عند البحث عن  
 الاعضاء التنفسية لا توجد تغيرات مرضية لافي المسالك الهوائية  
 ولا في الذورة ولا في التبادل الغازي التنفسي بها يمكن توجيهه اضطراب  
 التنفس وضيقه بل ان الواقع هو ثوران الحس أو اضطرابه وجميع النساء  
 الاستيريات تشتكين ولو كان المضم عندهن في اتم الدرجات يضغط وامتلاء  
 في قسم المعدة أو بالام عصبية فيه ويذكر ان يوجد عندهن خلاف  
 المغص الذي يعتبر من احيانا حقيقة احساسات عجيبة في قسم البطن  
 و يظهر ان من هذا القبيل ايضا التشكي بالعطش الشديد المحرق الوقتي  
 والزحير البولي المتكرر بدون امتلاء المثانة ولا تغير جوهري فيها  
 ومن المستغرب نذرة الاصابات المتنوعة المرضية في الاعضاء التناسلية  
 نفسها فان ازواج النساء الاستيريات يشتمكون في الغالب بعدم ميل  
 نسائم للجماع وبقلة حساسيتهن في اثنائه (وهذا ضد ما يظن عموما)  
 ومن النادر ان يشاهد عموما عند النساء الاستيريات الفاحشات ثوران في  
 حساسية الجماع وقابلتهن له وقد يكون بعكس ذلك في بعض احوال وملاحظنا  
 بدون وجود تغيرات جوهريه في الاعضاء التناسلية وكذا اضطرابات  
 الحركة يكثر مشاهدتها فيهن فانها تكون عندهن عديدة ومتنوعة  
 كاضطرابات الحس وتكون في الغالب عبارة عن تشنجات استيرية  
 ولا يشك في أن التنبية المرضي للاعصاب المحركة الشائغ عنه التشنجات  
 الاستيرية يكون ينبوءه آتيا من النخاع الشوكي والنخاع المستطيل  
 فانه من العلامات المشخصة للتشنجات الاستيرية كونهما لا تصطب  
 بقر في الادراك مطلقا ويعتبر ينبوع هذه التشنجات مادة انعكاسية  
 بمعنى ان النخاع الشوكي هو العضو المتوسط في انتقال التهييج الآتي من  
 الاعصاب الحسية الى الاعصاب المحركة وحيث ان هذه التشنجات كثيرا

ما تنتج عن منبهات تؤثر على الاعصاب الحسية أو اعصاب الحواس  
 وانها في احوال أخرى تعقب المنبهات النفسية بدون توسط الارادة كان  
 القول السابق منسكاً الى اساس قوى وينبثق في الاحوال التي فيها تظهر  
 التشنجات ظهوراً ذاتياً ان توجهه بكون المنبهات التي أحدثتها اختفت  
 علينا وقد تكون التشنجات الاستهبرية في بعض الاحوال عبارة عن تشنجات  
 في بعض الاعضاء خصوصاً الذراعين وكثيراً ما تتردد هذه التشنجات بفترات  
 قصيرة عند تنبهه احساس المرضى او عندما تؤثر منبهات خفيفة على اعصاب  
 اللمس والحواس الشريفة وفي احوال أخرى تكون تلك التشنجات ممتدة  
 في جميع عضلات الجسم بشدة متفاوتة وتظهر بنوب شديدة بحيث تكاد  
 تسكت سبب هيئة التشنجات التيتنوسية او الصرغية ولذا كثيراً ما يشاهد  
 عند النساء الاسستيرييات كل من التيتنوس الخافي والمقدم والجاني  
 او اعتقالات متقطعة بها يحصل في كل من الوجه والجذع والاطراف حركات  
 تشنجية وكثيراً ما يظهر زبد في الفم بل وانطبق الابهام في راحة اليد والفرق  
 الوحيد بين هذه التشنجات والتشنجات الصرغية عدم وجود فقد  
 الادراك وفي كثير من الاحوال يحصل في عضلات بعض الافعال  
 الفسيولوجية ترمج تشنجي كعضلات المنوطة بالضحك والبكاء والتناوب  
 بدون وجود الاضطرابات النفسية التي تصاحب هذه الافعال عادة في  
 الاصحاء وهذه الكيفية تحصل تشنجات ضحكية وبكائية وتشاؤمية  
 وبواسطة الحركات الزفيرية التشنجية المصحوبة بانقباض تشنجي في المزار  
 وتوتر تشنجي في الاحبال الصوتية يحدث السعال الاسستيري المستصحي  
 وتنوعاته التي بها يصير مصحوباً بالغاظ رنانة او عالية وانقباضات المرئي التي  
 تمتد من الاسفل الى الأعلى توظف عند النساء المريضة الاحساس بصعود  
 كرة من القسم الشراسبي الى الجنبرة وهذه الظاهرة يعبر عنها بالكرة  
 الاستهبرية وكثيراً ما يشاهد عند النساء الاسستيرييات في كل ربع ساعة  
 او ساعة تجش ذوفترات قصيرة به تمتد دفع غازات عديمة الرائحة والطعم  
 ولوشوهدت المرضى بالدقة لعلم انهم يردن الهواء على الدوام ويوضح ذلك  
 من الحركات التي تحصل من الفم والشفتين لكن حيث ان معظم الرجال



الاصحاء لا تستشعر بازدراد الهواء عند فعل حركات مضغ او ازدراد غير ارادية  
 مصاحبة لحركات التهويع القوية بعسر علينا الظن والقول بان ازدراد  
 الهواء عند النساء الاستميريات امر ارادى ولذا اعتبرنا الظاهرة التي نحن  
 بصدد هانم جملة ظواهر اضطراب الحركة وكأنه يشاهد في دائرة الاحساس  
 ضعف مصاحب لثورانه فكذلك يشاهد بالنسبة لاضطراب الحركة شلل  
 استميرى بجوار التشنجات الاستميرية وهذا الشلل قد لا يصيب الا طرفا واحدا  
 وتارة يـكون عاما النصف الجسم مكونا للفالج وما هو معلوم من ان قابلية  
 الانقباض الكهر بائية تبقى محفوظة في الاجزاء المشللة يثبت مع الوضوح  
 ان يذووع الشلل في الاستميرى باليس داثيريا فان الاعصاب الدائرية لو كانت  
 مريضة واعتراها اضطراب في تغذيتها ونج عنه فقد قابلية تنبيهها السكانت  
 الكهر بائية غير كانية كالارادة في احدثات تنبيهها وايقاظ فعلها وحيث انه  
 في احوال الشلل الاستميرى جميع العضلات المريضة لا يمكن احدثات انقباض  
 فيها بفعل الارادة ويحصل فيها انقباضات باستعمال التيار الكهر بائى في  
 الاعصاب المنوزعة فيها فلا بد وان يكون يذووع الشلل الاستميرى مركزيا  
 ومع ذلك يستتبط من النعاقب التمرىع في سير الشلل الاستميرى سيما من  
 زواله الفجائى انه متعلق باضطرابات غذائية خفيفة سهلة الزوال في مراكر  
 الارادة لا كالشلل السكنتى ويظهر في بعض الاحوال ان الياس العظيم من  
 عدم قابلية ارضى للتحكم على تحريك الطرف هو السبب الوحيد في الشلل  
 الاستميرى ولا نشك في أن كل انسان مادام معتقدا ومؤكدا بان لا قدرة له  
 على اتمام حركة ما يمتد عليه اجراؤها بسبب فتته للتحكم الارادى المنتج  
 لتلك الحركة ومن الجائز عدم مثل هذه الاحوال التي يكون فيها الشلل  
 متعلقا بخطا في الحكم والتصوير من جملة الاضطرابات العقلية وقد شاهدت  
 من منذ زمن امرأة كانت مصابة بفالج من عدة أشهر واتضح من تاريخ  
 المرض انه كان معتريا لشلل من هذا القبيل قبل بعدة سنين يخفى تارة  
 ويظهر اخرى فمن سير هذا الشلل وبقيت الاعراض المصاحبة له اتضح  
 لنا حقيقة ولقد كان متحققا عند المريضة انها شفى باستعمال الكهر بائية  
 وحيث تأخر دخولها في الاكلينك كانت مشغوفة بذلك للحصول على

النجاح فبمجرد دخولها واستعمال الكهر بائنة لها وانسباط يدها التي كانت متعاصرة من منذ أساي يسع عذيدة استبدت بتمام النجاح وتحسنت حالتها بعد قليل من الزمن بحيث تيسر لها بعد أساي يسع قليلة حركة الاطراف المشددة ولا يدان تلك المريضة كانت تنحس حالتها باي واسطة علاجية اخرى اعتقدتها

واما الاضطراب الذي يحصل في دائرة الاعصاب الوعائية والمغذية فيعده منه عدم استواء توزيع الدم واختلاف كميته في الاجزاء الدائرية فان أغلب المرضى تكون أيديهم وارجلهم باردة واما وجوههم فتتقد بأقل سبب بدلا عن اللون الطبيعي مع الاحساس بحرقان فيها وهل يعده منه ايضا افرز الاعاب وتغير الافراز المعدي والمعوي بسبب الانقباض التشنجي في الاوعية أو بدها الشللي امر غير متطوع به وأما سبب غزارة البول الاستميري فنسج بلا شك عن تغير في وظيفة اعصاب الاوعية الكلوية والبول المنفرز بغزارة يكون قليل المواد الصلبة شفا فاق خفيف الوزن النوعي وكثيرا ما يعبر عنه بالبول الاستميري

وأما الاضطرابات العقلية التي تشهد عند المصابات بالاستمير فانها تختلف باختلاف اختلاف اعظم ما فتارة تكون قليلة الوضوح وتارة كثيرة تبل وتتمت احوال فيها تكون مضطربة جدا بحيث ان الظواهر العقلية تكون هي الاكثر وضوحا في هذا المرض وفي العادة يطرأ في ابتداءه تلون في الخلق وتقلب سريع فيه بحيث يشاهد انتقال جفائي ما بين سرور زائد الحد وخرن شديد وكثيرا ما يشاهد نوع خروج عن حد العقل وهذه الظاهرة توجه بشوران الحس والتعقل فكما ان المنبهات الحسية تحدث تأثيرا عظيما غير اعتيادي في المرضى فكذلك التصورات التي لا تؤثر أدنى تأثير في خلق الاصحاء تحدث عند المصابات بالاستمير يا الاحساس بعدم الراحة والسئم أو انها تحدث عندهن الاحساس بسرور زائد عن الحد ولو كان نادرا فكثيرا ما يحدث عندهن الضحك او البكاء بأقل شيء والظاهر أنه كما يوجد عندهن نوع ثوران حسي تعقلي فكذلك يظهر فيهن نوع استعداد خصوصي فكري وبذلك فوجه حاله خاقهن المستعربة وحيث ان التصورات والمدرجات تحدث

عندهن غالباً الاحساس بالضجر والسئم فالغالب أن يظهر فيهن نوع  
 انحطاط في خلقهن فالمرضى تمكن كثيرة الانين بدون سبب خريقات أيسات  
 من الحظ ولو كن متمتعات بجميع انواع التمتع في الميمنة وشكواهن  
 الدائم بدون سبب ظاهري وكأوهن ينتهين بقسافة من كان مصاحباً لهن  
 فالأقارب لا تصغي لشكواهن ولا تلتفت لها وتظهر عدم الاعتقاد  
 في حقيقة تها بالتسدر ويجوزول منهم الاعتناء بحالتهم سيما متى انضح لهم  
 ان شكواهن ليس مبالغياً فقط بل انها على سبيل الغش والتصنع بقصد  
 مشاركتهم لهن في الألم أوبقصد التعجب وهن مع ذلك لم يران يتصنعن بالغش  
 بالدقة مع الجراءة والاستمرار بحيث لا يكون هناك تناسب بين عدم  
 جرائتهن الاعتيادي وتجادهن اشاق ما يتصنعن به ويعبرن في كثير من  
 الاحوال التمييز بين الحقيقة والغش فمن كان طائش العقل يعتبر بأفعالهن  
 ولذا ينبغي التمسك بالعادة العامة وهي عدم التصديق بكل ما يقال  
 كقول المرضى بالحمران من الطعام من منذ زمن طويل وادعاء فقد البول  
 بالكلية والقي الدموى او غير من المواد والاشياء الغريبة ومادام هذا الميل  
 في المصائب بالاستتير بالايضاظ تعجب الغير ممن ومن حالتهم فيسهل ولا بد  
 عند وجود الشخص المريد الانتفاع المترتب على غشهن بادخال التصور في  
 اذهانهم بانهم ملبوسات بالارواح الخبيثة (ومن ذلك كثرة انتشار  
 الاعتقاد عند النساء الاستميريات بانساع ما يسمى بالزار وطرقه الشنيعة  
 الفظيعة المخلة بالادب والدين) وانهم يزعمن برؤية الحقائق مناما او يقظة  
 رجسا بالغيب والقوة المفكرة لا يعترها تغير عند المصائب بالاستتير يا  
 فانه يمكن كغيرهن من السليبات التصور التام والحكم الصحيح به ولو انه  
 باسرة ار الاحساس بالتألم عندهن يفقدن الالفة لمن حولهن بل لا قاربهن

القرى

واما الاضطرابات العقلية فانها تظهر عندهن اما على شكل نوب مرضية  
 فكرية كما سبق او على شكل مرض جنونى مستمر من وهذا الجنون  
 إما ان يظهر تدريجاً او على صفة حادة عقب النوب الفكرية فيطراً اما  
 بصفة المايلخوليا أو المانيا وكثيرا ما يحصل ثوران في حالة خفاق مثل هؤلاء

المرضى وبعضهم يتمكن منه تصور الضرر والاضرار فيسرى لاحساسهن  
فيجبرهن على ضرر أنفسهن او غيرهن وبعضهن من يمكن في الفراش عدة  
أشهر بل سنين ولا يستطعن تركه فجماعة بذلك الجنون نوع الخطاط وخذل  
في التعقل

ثم ان سير الاستمير ياكاد يكون من مناع على الدوام والغالب ان يبثدى هذا  
المرض في زمن الادراك ولوانه يوجد غالباً في سن الطفولة نظوا غير  
اعتيادية في قابلية التنبيه الجسمية والعقلية واحياناً تنضح الاستمير  
فيما بعد داعنى في السن المتوسط أو المتأخر وظهوره يحصل غالباً تدريجاً  
ويندر أن يكون فجأة بنوب تشنجية وسيره لا يكون منتظماً ففي بعض الاحوال  
يتضح احد الاعراض وفي غيرها يتضح غيره ولذا يندر أن تكون الظواهر  
المرضية مشابهة لبعضها عند جملة من الاشخاص بل ان هذا المرض كثيراً  
ما يتخلف صورته في مريضة واحدة وذلك ان المصابات بالاستمير يتشككين  
تارة بألم وتارة بظاهرة عقلية وأخرى بشلل ويكون ذلك هو العرض الرئيس  
الواضح دون الاعراض العديدة المتنوعة التي يشككين بهامع المبالغة  
وكثيراً ما يعيل ضمير الطبيب من استمرار الشكوى بأحد هذه الاعراض  
كتهيج النخاع أو عسر الازدراد أو الفئى الاستميرى أو شلل الاحبله الصوتية  
أو عسر التبول أو الارقان شكواهن كثيراً ما تستمر أشهر بل سنين وعلى  
العموم يسير بثورانات وانحطاطات متعاقبة وتكون الانحطاطات  
واضحة جداً وتستهمر جملة أشهر بل سنين بحيث يظن خطأ أن المريضة  
شقيت شفاء تاماً ومن النادر أن تهتدد الاستميرى باثبات بواسطة تشنج  
الزمار أو بواسطة نوب جنونية أو صرعية متلوثة بالكوما بل ان هذا المرض  
لا يقصم الحياة ما لم تحصل فيه مضاعفات ثقيلة لكن من المعلوم ان الاستمير  
من مرض طويل مستعصم فيحصل فيه ثوران جديد يستمر من اسبوع الى جملة  
سنين ثم يعقب بالتحسين ولا يرجى حصول الشفاء التام الا بالتهتدد في السن  
وظروف من اليأس ولوانه في هذا الطور من الحياة لا يندر عود الاستمير  
ثانياً واحياناً يزول هذا المرض بسرعة او انه يكتب صفة جيدة بحيث ان  
المرضى لا تنسب الطبيب والاحوال التي لا تستمر زمناً طويلاً والتي فيها

يوجد سبب مدرك سهل الشفاء يحدث للاستبريا هي التي يؤمل فيها الشفاء  
وأما الاحوال التي تنسب لاستعدادورائى أو التي يوجد فيها كاساس  
مرضى حالة عصبية وثوران عصبي فشقهاؤها صعب وتشخيص الاستبريا  
سهل على الدوام مادامت الاعراض الواصفة لهذا المرض واضحة كتب كدر  
الاخلاق وسوهاها والثورانات الحسية والكورة الاستبرية والالئم الثابت  
الاستبري الشبيهة بالسهار والتشيجات الاستبرية ونحو ذلك وفي احوال أخرى  
يستدل على حقيقة التشخيص من كثرة تعدد الظواهر المرضية المحسوسة  
للمريض التي تنشككي بها المرضى في جميع الاعضاء تقر بيما مع ان البحث  
بالعلامات المذكورة لا يدل على تغيرات مرضية وبالجملة فالطبيب تظهر له  
حقيقة المرض من استمرار مشاهدته المرضى وتقلب الظواهر المرضية  
فيهن وزوال بعضها بسرعة مع ظهور البعض الآخر ان ذلك ليس ناتجا عن  
تغيرات عضوية ثقيلة وفي تمييز الاستبريا عن الايموخونداريا يرتكز الى  
اعتبار النوع فان هذا أمر مهم لكن ليس على الدوام فان هنالك نساء  
يوجد عندهن زيادة عن الظواهر الاستبرية او بدونها احساس بضجر  
ايموخونداري أى بمرض جسمي ثقيل كما ان هنالك رجالا يشاهد فيهم جميع  
الظواهر الاستبرية كالحساس بالكورة الاستبرية والتشيجات الاستبرية  
والتقلصات العضلية للضحك والبكاء ونوب الجنون الاستبرية

### في المعالجة

من أهم الامور اجراء المعالجة واقية عند البنات الصغار والشابات اللاتي  
يظن عندهن وجود استعداد عصبي مرضى واللاتي يوجد عندهن كذلك  
خلاف هذا الاستعداد ضعف عصبي متصف بحالة نهيج غير اعتيادية وزيادة  
تلمون في الخلق وتصميم رأى وقرب انزعاج واللاتي يوجد عندهن حدة  
ذهن وميل للافكار الحسية والملاهي فعند ثرية مثلهن ينبغي الالتفات  
الى تقوية الجسم ومضاربة تلك الاحوال العصبية واضعاف كل ما يثير شهوة  
الاعضاء التناسلية وذلك أهم من الاعتناء بتربيتهم في المدارس  
والدلالات العلاجية السببية تستدعي في الاحوال التي فيها لا يشك في أن  
الحالة المرضية للمجموع العصبي ناشئة عن تغير مرضى في الاعضاء التناسلية

معالجته لانه هذه الحالة المرضية كالانتهاج المزمن وانتقحات والتحويلات  
 وغيرها من الامراض التي تصيب الرحم والمبيضين وللحمل ذلك على  
 ما ذكرناه في المباحث المتقدمة وان كان هذا المرض ناشئا عن مؤثرات  
 نفسية مضره كالخزن الناشئ عن تكدرات العيشة المنزلية وكالتصور الخزن  
 لعدم بلوغ الاربع في الحياة ومن هذه الخيمية يتيسر لطبيب الحائض لانه  
 من كان منوطا بها الجهنن وواقفا على حقيقة اسرارهن الحصول على فائدة  
 عظمى بالنسبة للمعالجة السببية وذلك يكونه مع الفطنية والدراية يؤثر على  
 عقولهن وتنوع أفكارهن وقوتهن الارادية وان كانت الاستيريا متعلقة  
 بحالة امتلاء دموى يجب ولا بد تنظيم التغذية وتقليلها واسمعال المسملات  
 او المعالجة بالمياه المعدنية المسهلة والاستفرغات الدموية ان دعت الحالة  
 الى ذلك كارسال العلق على القسم المهبطي من الرحم أو تشربه او نحو ذلك  
 وان كانت الاستيريا متعلقة كما هو الغالب بالخلاور وزوال الانيميا  
 استدعت المعالجة السببية فحسين حالة الدم بواسطة المركبات الحديدية  
 والاعذية الجيدة والهواء الجيد لكن لا يؤمل في كون الحديد يحدث عند  
 الانيميات المصابات بالاستيريا عين التناثر الجيد الواضح في احوال الانيميا  
 البسيطة وفي احوال كثيرة لا يمكن الاستدلال على المعالجة السببية وزيادة  
 عن ذلك فهناك احوال يعلم فيها السبب الاضلي ويمكن تبعيده ومع ذلك  
 فلا يكون من المحقق فيها ان زوال الاستيريا نتيجة لذلك

وليس عندنا وسايطد واثمة بها يمكن شفاء التغير الاسامي للاستيريا  
 فمن المعلوم ان جميع الجوهر المسماة بالمضادة للاستيريا كالحلتيت وجذر  
 الواليريانا والكاستور يوم والمسك والماء المضاد للاستيريا والايثير وروح  
 قرن الاربل كثير اما لا تشمر ولو اننا لاننكر ان كلام من منسوق الواليريانا  
 وضربتها والكاستور يوم وحبوب الحلتيت وحقن منسوق الواليريانا  
 المضاف اليه مستحباب الحلتيت له تأثير ماطف فاستعماله واجب خصوصا  
 في احوال التشنج الاستيري واما بر ومور البوتاسيوم الذي كثر استعماله  
 في العصر الاخير في الاستيريا والتشنجات الاستيرية فليس له في هذا  
 المرض تأثير جيد واضح كما في الصرع وقد شاهد (روزنثال في عدة

أحواله باسطة عمل هذا الجوهر بمقدار مناسب من ٣ جم الى ٥ جم كل يوم يحصل تنافس في قابلية التنبيه المنعكس وثوران الحساسية وهذه النوم وفي احوال أخرى كان تأثيره غير واضح واما الطيب (جوالى) فوجدانه باسطة عمل مقادير عظيمة جدا من ١٠ ومورا بوتاسيوم في احوال عديدة من التشنجات الاستيرية الصرعية يحصل تأثير واضح كما في الصرع الحقيقي واما التأثير الشفائي لكور ذهبات الصودا الذى أوصى به (مازيتين) في تيبسات الرحم والمبيضين والاستيرينا المتعلقة بهما وبالغ في مدحة (نماير) فليس عند أغلب الاطباء تجارب تؤيده ويعطى هذا الجوهر على شكل حبوب (بان يؤخذ من كلور ذهبات الصودا - ٣ - ديسجرام

صمغ الكثيرا - ٤ - جرام

سكر ابيض كك

يعمل اربعين حبة ويؤخذ من هذه الحبوب واحدة بعد الغداء بساعة وواحدة بعد العشاء بساعة ايضا ثم يؤخذ منها ثلثان ويزاد بالتدريج الى أن يصل الى ٨ في اليوم على مرتين

واما الاقيون الذى أوصى به (چندرين) ومدحه كثيرا بأنه واسطة علاجية جيدة في الاستيريا واعطاه بمقادير أخذته في الازدياد تدريجيا وذكر انه بالتدريج على استعماله شاهد شفاء تاما في اكثر من نصف الاحوال فالى الآن لم نعتبره الا واسطة علاجية عرضية جيدة وتجاربنا الشخصية ايدت لنا جودة الحقن بالورق تحت الجلد في احوال عديدة من الآلام العصبية والتشنجات الاستيرية وسهولة تحمل المرضى له دون غيره من الجواهر الدوائية

وفي اثناء الفصل الجيد من السنة تحدث ولا بد المعالجة بالمياه المعدنية شرابا وحماما مع تغيير الهوا والاقامة في الخلوات مع الرياضة واتباع الملاهي تأثيرا جيدا في هذا المرض وينبغي اتباع القواعد الاتية بالنسبة لايتخاها المعالجة في فصل الشتاء وهى انه يفضل استعمال الماء البارد القوي التأثير على شكل التدليك او الاستحمام فن المذوح من منذ

زمن طويل استعمال الحمامات البحرية وفي عصرنا هذا المعالجة بالماء  
 البارد مع الاحتراس انما يجيب ايقاظ المرضى بان المعالجة لا تحدث  
 النتيجة المطلوبة في اسابيع قليلة وان الاقامة في الحمامات المستعدة للمعالجة  
 بالماء البارد لا بد من استمرارها مدة اشهر لكن احيانا لا تتحمل النساء  
 الاستيريات بسبب شدة تأثرهن اضعفهن العظيم تأثير البرودة وفي مثل  
 هذه الاحوال تكون الحمامات الفاترة المنزلية ولا سيما حمامات المياه  
 الطبيعية الفاترة كماء شلنجنباد وفي فرس وويلسدباد وتبلس  
 وبادن بادن اونحو ذلك مفضلة واما في احوال الضعف والاسترخاء ووجود  
 شلل فتفضل الحمامات الفاترة المحمية كماء توهيم وريمية ونحوها وعند  
 الاشخاص الاقوياء البنية الجندی التغذية المعتريهم اضطرابات في الدورة  
 البطنية تفضل المعالجة بمياه مرمباد وجيسنجر وهو مبورغ واجر  
 ونحوها واما في احوال الانيميا الواضحة فيفضل استعمال المياه الحديدية  
 كماء شوالباخ وبيرمون واسها وفرانسداد وغيرها والكهربائية لا يستعمل  
 فقط مع النجاح في مضاربة بعض ظواهر الاستيريا كالشلل والانسيميا  
 والالام العصبية بل يظهر انما تؤثر تأثيرا جيدا في بعض الاحوال في مجموع  
 هذا المرض بفعالها المحول المصروف ويفضل في الاستعمال التيار المستمر

القوى بان يؤثر به على جميع سطح الجلد

ومن المهم جدا الاعتناء بالمعالجة العقلية فمن علم من اطباء قوة المؤثرات  
 العقلية عند المصابات بالاستيريا وعلم ان كلام الفرج والرعب الفجائيين  
 واعتقاد المريضة في الطبيب والمعالجة الجديدة واحدى الوسائل  
 السيمبوتوية والاماكن المقدسة المعتقد فيها بالشفاء ليس له فقط تنويع  
 تام في حالة المرضى وتسكدر أخلاقهن بل كذلك قد يحدث شفاء تاما وقتيا  
 او مستمر في الشلل المستمر أو غيره من الظواهر الاستيرية الثقيلة اتضح له  
 ان المعالجة العقلية الاثقة بحالة المرضى مع التعقل والحزم تكون من  
 الوسائل العلاجية القوية جدا فعلى الطبيب من جهة احياء أمل المريض  
 في الشفاء وتشجيع قوته الارادية المنحطة ومن جهة اخرى مقاومة سوء  
 الاخلاق وتلوئتها والمبالغة في الاقوال فان فعل الطبيب ذلك مع الشمامة



والسكون فلا بد وان نصابه تصادف محلا واما ان قابل شوه اخلاق المرضى  
بالاستهزاء وعدم الصبر ولم يصغ لشكواهن وسرد قصة مرضهن او ظهر  
عليه في اثناء ذلك القلق او التهاون فقد ولا بد أمنية المرضى وضاعت منه  
الواسطة القوية وهي المماثلة العقلية

ومن المفيد جدا استعمال الطرق العلاجية التي لا يقصد بهما مضاربة هذا  
المرض بتمامه بل مضاربة اعراضه كل عرض على حدته أما معالجة نوب  
التشنج فالاجود فيها اولا تسكين روع من كان محيطا بالمرضى والمرضى  
نفسها ان كانت غير فاقدة الادراك والعلم بان النوبة لا خطر فيها وانما يعتنى  
بالاحتراس على المرضى في اثناء تغلبهم في الفراش من وقوعهن من على  
السرير أو ضرر انفسهن وعند استمرار النوبة والخوف من ضعف القوى  
يستعمل الاسيتشاق الكوروفورمي لكن لا يستمر به الى حصول الخدر  
التام او الحقن تحت الجلد بالمورفين او الحقن الافيونية ان ذلك يسرع  
انتهاء النوبة واما تشنج الزمار الخطر الذي يحتاج لاسعاف وقتي فأجود  
ما يوصى باستعماله فيه هو المهيجات الجلدية المحمرة واستنشاق  
الكوروفورم او الايتير مع السرعة واما اسر الازدراد فيفضل فيه  
استعمال الكهر بائمة الموضعية والقسطرة بالمجس المروي واما القئ  
الاعتيادي فيستدعى استعمال الاغذية السائلة اللطيفة او تعاطي اللحم  
المفروم فرمانا عا والمتبل بالاقيويه وقطع صغيرة من الثالج والحقن تحت  
الجلد بالمورفين واستعمال صبغة اليود من نقطة الى ثلاث (او الكوروفورم  
في صواغ غروى) واما انطفاء الصوت فيستعمل فيه ما ذكر في مجتمه  
واما الفواق المستعصى فيضارب بالحقن بالمورفين تحت الجلد وتسليط  
التيار الكهر بائي على العصب الحجابي الحاسجى واما الحالة الطبلية  
للطن فاجود ما يستعمل فيها التيار الكهر بائي المتقطع على جدر البطن  
وفي الفالج الاستيرى والشلل النصفي السفلى او شلل اجد الاطراف يوصى  
باستعمال التيار الكهر بائي المتقطع او المستقر على الاجزاء المنشلة  
ويكون ضعيفا في الابتداء ثم يقوى فيما بعد او الحقن تحت الجلد بالاستركنين  
(بان يأخذ من كبريتات الاستركنين ١ ز . ماء مقطر ٢ ر ١٠)

(اعني واحد ديسي على عشرة جرام) ويحقن من ذلك كل يوم مرة من  
 ٥ . ٠ . ٠ . ٠ الى ٠ . ٠ . ٠ . ٠ ( اعني ٥ الى ٦ مللى جرام)  
 والدلائل المنبهة مع تكبيرس الاجزاء المنشطة ويوصى في الانقباضات  
 العضلية الاستيرية باستعمال المعالجة الكهر بائية او بالحقن تحت الجلد  
 بالاترو وبين تبع الراى (شاركو) واما الآلام الاستيرية فتضارب  
 باستعمال المسكنات والمخدرات سيما الافيون والمورفين ولوانه يوجد نساء  
 استيريات يزعمن بعدم تحملها وآلام الظهر الشديدة المستعصية يوصى  
 فيها باستعمال الحقن تحت الجلد بالمورفين او الاستيفراغات الدموية  
 الموضعية عند النساء الاقوياء البنية الكثيرات الدم وقد شاهد المعلم  
 (روزنتال) نجاحا عظيما في مثل هذه الاحوال من وضع ايكاس من  
 صمغ عرن مملئة بالماء البارد على الظهر واما (بنيدكت) فقد اوصى  
 باستعمال التيار الكهر بائى المستمر على الفقرات المتألمة  
 واما الآلام المفصلية الاستيرية فيستعمل فيها التكبيرس والحركات  
 الصناعية والدلك بصبغة اليود ونحو ذلك واما الالتهب تمازيا الاستيرية  
 فيستعمل فيها المنبهات الموضعية وتسلط التيار الكهر بائى المقطوع على  
 الاجزاء الفاقدة الاحساس  
 ونتيجة جميع هذه الطرق العلاجية العرضية في الاستيريا لا يمكن قطع  
 الحكم قطعا تمام من قبل فان تأثيرها يكون احيانا واضحا للغاية وفي احوال  
 اخرى لا يجدي نفعا او انه يحصل بهداس استعمال تلك الطرق مع النجاح  
 نسكات ذاتية في كل عرض على حدته

### المبحث السادس

(في الشلل الارتعاشي)\*

العلامة الواضحة لهذا المرض عبارة عن حركة غير ارادية في بعض أجزاء  
 الجسم اما على شكل مجرد ارتعاش او على شكل تقلصات عضلية متقطعة  
 شديدة وبذلك يقع الجزء المصاب في حركة اهتزازية ثم ينضم لهذا الارتعاش  
 فيما بعد شلل غير تام في العضلات المصابة وهذا الداء النادر يصيب الذكور  
 في السن المتقدمة من الحياة ومن النادر أن يصيب ذوى السن المتوسطة  
 وأنذر من ذلك اصابتة للشبان ويظهر هذا الداء في بعض الاحوال عقب

الربعب الشديد أو الضجر العظيم وفي احوال أخرى يظهر انه ينتج عن احوال  
 صحية غير جيدة كالاشعال الشاقة وتأثير البرد الرطب وتميخ بعض الاعصاب  
 الدائرية الناشئ عن الرض أو الجروح وبالجملة توجد احوال فيها لا يعرف  
 سبب انشئه فيكون حينئذ ناشئا عن اسباب باطنية خفية علينا والارتعاش  
 يمتدئ غالباً بكيفية واهية في اصابع اليدين ثم الذراعين ويندرأن يمتدئ  
 بقدم احدى الجهتين او كليهما ما ثم يمتد فيما بعد من الاطراف العليا  
 الى الاطراف السفلى ومن النادر أن يصيب عضلات الوجه والتكلم  
 او عضلات العنق بحيث يقع الرأس في حركة ارتعاش وقد يصيب  
 نصف الجسم (على شكل فالج) واندر من ذلك اصابته لأحد الذراعين  
 والاطرف السفلى للجهة المقابلة والغالب وجوده في الجهتين ولو بدرجة  
 مختلفة والارتعاش قد يتناقص وقتياً او يزول بالكيفية سميما عند  
 الاستلقاء على الظهر لكن بعد تقدم المرض لاسيما في الاحوال الثقيلة  
 منه يستمر ولو بشدة متفاوتة فيحصل فيه ازدياد عقب الانفعالات  
 النفسية او المشاق الجسمية او يتناقل على صفة دورية والتقلصات  
 العضلية يحصل فيها على الدوام هده وسكون في اثناء الخدر الكور وفورمى  
 وعند ارتقاء هذ المرض الى درجة عظيمة ترتقى التشنجات المتقطعة الى  
 درجة امتداد عظيمة بحيث تشابه بعض التقلصات العضلية المستمرة  
 وطبقاً لما شرحه (شاركو) تسكتب حركات الابهام بالنسبة لباقي  
 الاصابع نوع حركة مشابهة لنحو ادارة القلم بين الاصابع  
 واما الشلل في هذ المرض فانه لا يتضح الا عند تقدم سيره ولذا يتأخر  
 ظهوره مدة طويلة من الزمن وحينئذ يكون عوق الطرف عن اتمام  
 وظيفة ناتجاً فقط عن التقلصات العضلية المكدره لحركاته والشلل  
 الذى يطرأ فيما بعد يكاد يكون دائماً غير تام وقاصر اعلى العضلات  
 الباسطة وقد يحصل عند تقدم سير هذ المرض نوع توتر وجساوة في  
 العضلات الباسطة للاطراف بل وعضلات الخدع والعنق لاسيما في عضلاتها  
 الباسطة ثم ان التوتر الذى يظهر ابتداء وقتياً يصير مستمراً فيما بعد وعلى  
 حسب تسلطن الجساوة في قسم من العضلات درن الاخر تحصل تشوهات

مختلفة وضد ما وشكلا فيكون الرأس منجذبا الى الامام والجذع كذلك ماثلا نحو هذه الجهة وانعقدان متباعدين عن الجذع والساعدان منثنين والاصابع منقبضة فليلا وماثلة نحو الحافة الزندية ومفاصلها منثنية أو ممددة كما يشاهد ذلك في أحوال الروماتزم المزمن واما الاطراف السفلى بحسب اوة عضلاتها تشابه حساوة العضلات في الشلل النصفي السفلي المصحوب بانقباض فيها فتكون الركبتان متقاربتين في حالة نصف اثنا والقدمان متمددتين وماثلتين الى الانسية (كشكل رجل الفرس) واصابع القدمين منجذبة نحو الخلف (كشكل المخلاب) وقد يشاهد عند الاثناخص المصابين بالشلل الارتمعاشي عند ما يريدون المشي ميل للجري الى الامام والقول بتوجيه هذه الظاهرة بكون مركز الثقل زاع نحو الامام بسبب ميل الرأس الى هذه الجهة لا يجوز العلم (شاركو) أقله بالنسبة لجمع الاحوال فان هناك مرضى يكون لهم ميل الى التقهقر نحو الخلف والسقوط على الظهر ومن حيثية الحساسية يحصل ولا بد بعض ثورات واضطرابات فيها كالاحساس بالخدرد والتثمل أو القصر في الايدي والاقدام وبعض الام عصبية في الاطراف المصابة وقد جزئي في الحساسية واحساس متزايد بارتفاع الحرارة ينضم له افراز عرق غزير أحيانا ولا يندرك ذلك مشاهدا اعراض دماغية كآلم الرأس والدوار والارق وظواهر ابيوخوندارية بل هذيان واعراض جنونية مع ضعف في القوى العقلية يزداد شيئا فشيئا

ثم ان الشلل الارتمعاشي من الامراض العصبية المزمنة المستتيلة المدة فقد يستمر سنين عديدة والموت يحصل اما عقب التقدم في السن او بظواهر الهوكه العامة المتقدمة التي تجبر المرء على المكث في الفراش او ان المرضى تنتهي حياتهم قبل حصول النهوكه المتقدمة بواسطة امراض تظروا عليهم كالالتهاب الرئوي الالحذاري ونحو ذلك فان المرضى لا يمكنها مقاومة تلك الامراض وبالنسبة لمجلس هذ المرض والتغيرات النشربحية المتعلقة بها لم يتيسر قطع الحكم فانها تارة لا يوجد من شئ وتارة توجد تغيرات مختلفة اما دماغية أو نخاعية شوكية ولا يجوز بانها ليست واصفة

للشلل الارتعاشي بل تعتبره ضاعفات له ومن المشكوك فيه كون مجلس  
المرضى في الدماغ او النخاع الشوكي والامر المعلوم من ان العضلات  
المتوزع فيها اعصاب محرّكة دماغية لا تشترك في الشلل الارتعاشي يرجح  
القول بالرأى الاخير

وتميز الشلل الارتعاشي عن غيره من الاحوال المصحوبة بارتعاش سهل عادة  
فان الارتعاش الشيخوخي مثلا وكذا البسيط الذي يشاهد عند الاطفال  
الكثيرى التنبيه والمعتريهم ثوزانات في الحساسية يكون قليل الوضوح  
بخلاف الشلل الارتعاشي وزيادة عن ذلك فان باقى الظواهر المرضية  
الواقفة لهذا المرض تفقد كلية وفي كل من الارتعاش الاكوتى والزحلى  
والزئبقى يرتكز في التشخيص الى التغيرات التشريحية ووجود ظواهر  
مرضية أخرى خاصة بكل نوع منها وأما التباس الشلل الارتعاشي بتيبسات  
النخاع المتعددة المنعزلة فسهل الوقوع

ومن المعلوم ان حصول هذا المرض الاخير يكون في الاطوار الاولى  
من الحياة وان الشلل فيه كعرض ابتدائي له وان الارتعاش لا يحصل  
الا عند اجراء حركات ارادية بخلافه في المرض الذى ينجح بصدده فانه لا يكون  
متعلقا بها

#### المعالجة

الظاهر انه شوهد تحسّن في بعض احوال جديدة من هذا المرض بل شفاء  
تام ومع ذلك يعتبر هذا الانتهاء النادر نتيجة لمجهودات الطبيعة الجسمية  
لالتأثير الصنعة الطبية وبالنسبة لبعض المشاهدات التى حصل فيها  
شفاء بين بالمعالجة الطبية يشك في حقيقة التشخيص والوسائط العلاجية  
العديدة التى قيلت بمنتهى بعض احوال دون أخرى وذلك كسكوزور  
الباريوم والاستركنين والارجوتين والافيون وسن الحسن والكورار  
وخلصة السكلابار والحجر الجهنمي والكورال الايدراتى وبرومور  
البوتاسيوم لم تصادف النجاح على الدوام ويجوز الايصاء باستعمال غير  
ما ذكر من الوسائط العلاجية كخلصة الشوكران أو الشوكرانين  
(الذى ذكر شاركو أنه تحصل منه على نجاح وقتى) والمحلول الزرنيخى

حقنا تحت الجلد لثولير (المركب من محلول زرنخات البوتاسا جزء ومن الماء المقطر جزآن) يحقن منه كل مرة قدر نصف حقة اعتيادية كما ذكر (ايا منورغ انه شاهد منه في حالة تجسينا واضحا والمخطا في التشنج عقب الحقن به خمسة عشر مرة وفي حالة أخرى بعدار بعمرات من الحقن وكذا يجوز الايصاء باسعمال كرنونات الحديد كما ذكره (ايايوستون) وشاهد الشفاء منه في حالة واسعمال الطرق العلاجية بالماء البارد (كصب الماء البارد بعد غمس المريض في حمام فاتر والدلك بالماء البارد وتغليفه ببلادة مبتلة به) وكذا المعالجة الجاوازة (بان يوضع أحد القطبين على التوتوالقمة ودوى والاخر على العمود الفقري) التي تحصل منها المعلم (بنيديكت) على بعض نتائج جيدة في الاحوال الابتدائية  
 \*(الايبوخونداريا)\*

هذا المرض يقرب من الامراض الجنونية لاسيما الجنون الهدئي ويعتبر عادة أطف أشك كالجنون ومن جهة أخرى يوجد فيه زيادة عن الاضطرابات النفسية اضطرابات وظيفية عديدة في المجموع العصبي لاسيما في الحواس الدائرية وهذه الاضطرابات تخالف بالكلية التغيرات العقلية وتغلب عليها بحيث ان هذا المرض يشابه الاستيريا ولذا يجوز شرحه معه في فصل الامراض العصبية المنتشرة وفي الايبوخونداريا القوية تكون الاحساسات المحزنة متسلطنة على القوى العقلية فتكون عبارة عن الاحساس بمرض ثقيل بحيث ان أفكار المرضى تكون مشتغلة برعب مستمر بالنسبة لبحتمهم الجسمية والعقلية ولا ينبغي اعتبار كل شخص معتريه الرعب بانه مصاب بالايبوخونداريا الا اذا كان هذا الاحساس عرضا لمرض فمثلا الزجل ابوالعائلة الذي ييوح بشهره لطبيبة ظننا منه بانه مصاب بمرض عضال غير قابل للشفاء ويفقد كذلك قوة الحكم على تعلقاته بل يكون على الدوام تحت تأثير الاحساسات المرعبة المحزنة ويلاحظ بالدقة مع الرعب جميع وظائف جسمه مثل المصاب بالايبوخونداريا ويكتسب هيئة كهيمته لا يعتبر انه مصاب بالايبوخونداريا ولا هو ايبوخونداري فان اخلاقه وهيئته المتغيرة تطابق أحدها والظاهرة

المتغيرة ايضا ولا تخالف أفعالها العقلية قبل الاباحه بذلك السر والتغيرات  
التي تحصل في الدماغ والمجموع العصبي في هذا المرض ليست معلومة الى  
وقتها هذا فان التغيرات التشريحية الاساسية لهذا المرض مجهولة  
لنا كالتي للاسبيرييا وبالنسبة لاسباب هذا المرض فقد يتكون  
مؤثرات عقلية او جسمية عمد وجودا يستعد لذلك والاستعداد للاصابة  
بالايبوخونداريانا درجتا في سن الطفولة ويكثر حصوله عند الشبان  
وفي بداية سن الطفولة ثم يتناقص بالتدريج في السن المتوسط من الحياة  
ويقل جدا عند الشيخوخ واصابة النساء به اندر من الرجال ولو انه لا يندرمع  
حالة كآبة عند النساء المصابات بالاستيرييا مشاهدة ظواهر عقلية على صفة  
ايبوخوندارية وفي مثل هذه الاحوال يتم التمييز بين الايبوخونداريا  
والايبوخونداريا بل يتعدى بالكلمة

ويعد من الاسباب المةمة للايبوخونداريا الانفعالات النفسية الشديدة  
والمشاق العقلية والحزن المستطيل والمؤثرات المضطربة بعض الامراض  
الجسمية يحدث الايبوخونداريا بسهولة دون غيرها من الامراض وذلك  
كأما مرض الاعضاء المضطربة لاسيما التزلزلات المعدية والمعوية المزمنة  
والتغيرات المرضية في الاعضاء التناسلية لاسيما السيلان المنوي والسيلان  
المجري والداء الزهري وفي هذا الاخير يعتبر التآثير العقلي الحديث  
للايبوخونداريا أقوى من التغيرات المرضية المذكورة ثم ان الامراض  
المذكورة لو كانت تسكنى بانفرادها في احداث الايبوخونداريا لكان عدد  
المصابين بهذا المرض عظيم جدا ولكن حيث ان تلك الاسباب تعتبر متممة  
فقط ولا تحدث الايبوخونداريا الا عند وجود استعداد بنى مخصوص  
فلا يستغرب عدم التناسب بين كثرة حصول التزلزلات المعدية والداء الزهري  
والسيلانات المنوية وبين حصول الايبوخونداريا وعين ذلك يقال بالنسبة  
للمؤثرات العقلية كقراءة الرسائل الطبية الاهلية والاشتغال العقلي  
الشديد بالامراض المتسلطنة تسلطنا وبائيا او مصيبة لبعض الاقارب

#### في الاعراض والسير

الايبوخونداريا تظهر غالبا بالتدريج ففي الابتداء يوجد عند المريض

احساس مرضى مصحوب بحالة ضجير غير معينة وذلك يحدث عنده قلقا  
وعدم راحة بدون تكدر في قوته الحساسة ويكون له قدرة في الحكم  
على نفسه وكل من الضجير وعدم الراحة لا يكون مستمر في ابتداء المرض  
بل يخفي تارة ويظهر أخرى بشدة عظيمة وكلما كان الاحساس بالضجير  
عظيما ازداد التفتت المرض الى الفحص عن ينوع الاحساس المرضي  
فيبحث عن لسانه وبوله وبرازه وعدم تنبضه ويدقق في البحث عن جميع  
احساساته الغير الطبيعية فكل امر غير طبيعي مهما كان واهيا كان تقاض  
الحرارة القليل وتغطية اللسان الخفيفة والمغص الواهي الوقي والسعال  
الحفيف ونحو ذلك يوقظ الرعب عنده وذلك لانه لا يكون يتكدر من تلك  
الظواهر زيادة عن غيره من الاشخاص بل تكون هذه الظواهر يظهر انها  
تدله على ينوع احساسه المرضي فيوما يظن انه مهدد بالاصابة بالسكتة  
الدماعية ويوما آخر يمرض في المعدة او بالسل الرئوي او بافة عضوية في  
القلب وغيرها من الامراض الثقيلة التي تكون دائما بنسبة احساسه  
المرضى الثقيل فيجتهد على الدوام في قراءة النصائح الطبية او غيرها من  
كتب الطب لكنه بدلا عن كونه يجد فيها معينة على تسكين روعه  
يجد امراضا لم تكن معاومة له فيظن انه مصاب بها وكما تسلطن هذا  
المرض ازداد اضطراب القوة الحساسة عند المريض بالنسبة لصحته  
وحيث ان البراهين العقلية لا تزيد الاحساس بالمرض عنده فلا يكون فيها  
طائل فر بما يكون الطبيب ترك المريض بعض ساعات بعد ان استعمل كل  
جهده في التأكيده بان حالته ليست خطيرة ثم ياتي منه سدوب من طرف  
المريض او خطاب يدعوه الى المبادرة اليه ثانيا بالقول بان حالته اهتراسا  
تتغير واضح وفي احوال اخرى شيما التي يوجد فيها تغير مرضي في احد  
الاعضاء ولو واهيا لا يتغير المرض المصاب بالايوبوخونداريا تصوراته  
بسرعة بل تبقى تصوراته قاصرة على مرض مخصوص ولا تبرح افكاره  
ملازمة له والاحساس المرضي الثقيل عند المصابين بالايوبوخونداريا  
لا ينافي وجود الامل عندهم في الشفاء ولذا ان المصابين بهذا الداء  
يندر أن يقصموا حياتهم بنفسهم ولا يملون من استشارة الاطباء واتباع



طرق علاجية مختلفة بل قد يكون الامل في الشفاء عندهم عظيم جدا  
ويكون ذلك هو السبب في سرورهم بحيث ان مثل هؤلاء المرضى يظهر  
السرور العظيم ولو مع استمرار الاحساس المرضى عندهم لكن هذه  
الفترات تكون غالباً وقتية وتظهر عند الالتجاء الى طبيب جديد أو عند  
الشروع في اجراء طريقة علاجية مستجدة لكن عما قبل من الزمن يعودون  
الى سوء الخلق والكدر

وكل من التفسير الوهي في الاحساسات والحكم خطأ على حالة جسمهم  
يكون عبارة عن هذيان حقيقي فان ينبوع كل منهما تكدر الاخلاق  
المرضى كما هو الواقع في التصور الجنوني في غير هذا المرض من الامراض  
العقلية كما قاله (جرسبجر) ولا يبوخونداريا مشابهة عظيمة  
بالاستيريا بالنسبة لوجود عدة مكابدات تعرضها المرضى على الاطباء  
وتصفها وصفا ينافي ثقاعن الحد مع كون نتيجة البحث الدقي عنهم بالعلامات  
المدركة لا يستدل منها على شيء غالباً وكذا يوجد في الايبوخونداريا  
اضطرابات وظيفية في الاجزاء المختلفة من المجموع العصبي ولا سيما  
في الاجزاء الحساسة منه فنظهر آلام وثورانات حسية في كل جزء من الجسم  
كلا احساس بالضغط والتمزق والوخز والتململ والحرارة والبرودة والخدش  
والقشعريرة والنهض ونحو ذلك وكذا تظهر اضطرابات في الخواس العالمة  
كازدياد الاحساس وتناقصه فيها والهالوسة والطنين وفي غير ذلك من  
الاحوال يكون معظم شكواهم من الدوار والاعياء وقد تظهر بعض  
اضطرابات في اعصاب الحركة فتشاهد طواهر تشنج او تقلصات في بعض  
العضلات وأما ظهور التشنجات العامة أو الشلل فنادر جدا وظهورها  
يدل غالباً على مضاعفة استيرية وجميع هذه الظواهر يكون ينبوعها تكدر  
عظيم او صجر غير مطاق عند المريض

والايبوخونداريا مرض يستطيل غالباً فقد يستمر طول الحياة ومع ذلك  
فقد يشاهد عند الشبان على الخصوص نوب ايبوخوندارية وقتية تتردد جملة  
مرار وتزول بعد قليل من الأشهر وسيبر هذا المرض يظهر فيه ولا بد جملة  
ثورانات وانحطاطات على التعاقب بل قد توجد فترات تامة فيما بينهم يكون

الحالة الصحية جيدة للغاية. وهذا المرض لا يرتقي في معظم الاحوال الى  
 درجة عظيمة جدا بحيث ان المصابين به يمتنعون عن تسميم اشغالهم بل كثيرا  
 من هؤلاء المرضى من يكون له قدرة الحكم على نفسه بحيث لا يعلم حالة تكدر  
 افكاره الا من كان قريباً منه بالسكينة. واما في الدرجات المتقدمة من هذا  
 المرض فقوة الحكم على النفس تفقد منه بالسكينة فنزل هؤلاء المرضى  
 تشتت افكارهم فلا يشغلون بما حولهم ويترهدون في صنائعهم بل وعائلاتهم  
 ولا يمكن لهم ذوق الا في وصف احساسهم المرضى والغيص عن بذوة  
 وبعضهم يفقد الجزاء بحيث لا يمكنه المشي في الطرق خشية رجوع  
 النوبة ولا الاقامة في مكان طلق (وهذا هو المبرعنة بالعرب من طلاقة  
 الهواء) فلا يترك فراشه ولا كرسية ومع هذا فالمرضى لا يتغير سميتهم  
 ولا تغذيتهم الا فيما بعد. لكن كثيرا ما يضطرب كل من الشهية والنوم ويكون  
 الهضم غير تام مصحوبا بضغط في القسم الشراسفي وتكون غاز مع اعتقال  
 في البطن بحيث كثيرا ما يتعسر الحكم بان كانت الاضطرابات الهضمية  
 سببا لهذا المرض او نتيجة له ومن النادر ان تؤدي الايبوخونداريا الى  
 الهلاك ما لم تظر امضاعفات اخرى من جهة الاعضاء المهمة كما ينذر أيضا  
 حصول انحطاط عظيم في القوى ونحافة من ازيد اضطراب التغذية  
 ولا تؤدي الدرجة العظيمة من الايبوخونداريا الى الجنون الواضح الا في  
 احوال استثنائية

وينبغي للطبيب عدم التراخي في دقة البحث عن جميع جسم المصابين  
 بالايبوخونداريا فان هذا المرض لا ينسدر ان يكون ناشئا عن تغير عضوي  
 واضح به يتم التشخيص وما ينبغي ذكره معرفة كون لفظه ايبوخونداريا  
 ليس عند المرضى منها تصور واضح اذ كثير منهم من يستهزئ بهذه التسمية  
 بل يستعزى بها كذا كر الطبيب له بان مصاب بالايبوخونداريا فالشخص السامى  
 متى تراءى له ان السرير ليس مصابا باين في الدماغ أو تيبس في النخاع  
 او سرطان في المعدة أو مرض من الامراض الذي يزعم انه مصاب به يعتبر ان  
 جميع مكابده وهمية حيث انه لا يميز بين الاحساسات المرضية للمريض  
 المذكرة حقيقة له وبين التوضيحات الكاذبة التي يعبر بها المريض عن  
 احساساته غير الطبيعية

### المعالجة

قوة المعالجة في هذا الداء قاصرة كما هو المعلوم فإنه ليس لنا واسطة علاجية  
نوعية كافية في ازالته والاطباء وان شاهدوا بكثرة حصول شفاء تام مستمر  
في كثير من احوال الايبوخونداريالا سيما عند الشبان فإنه من المحقق  
ان هذا الاهتمام الخبيث في كثير من الاحوال انما يتعمق بحالة مخصوصة  
بالجسم ومع ذلك فمن الخطأ القول بان الصناعة في الحصول على ذلك ليس لها  
ادنى دخل وانما الطرق لانا لذلك تختلف باختلاف اعظيما بحسب الحالة  
الراهنة وتحتاج لفطنة تامة عند الطبيب وذلك لعدم وجود جوهر نوعي  
دوائي ويظهر ان اول واجب على الطبيب معرفة السبب الاصلى وازالته  
ومن المشاهد بكثرة ان أحد الاسباب السابقي ذكرها سواء كان عمقها ماديا  
معي تحقيق انه هو الحادث لهذا المرض ويكون مستمر التأثير بزواله فعند  
الاشخاص الايبوخونداريين غير الضعفاء والمدمنين على التغذية الجيدة  
والمصابين باضطرابات معدية وامساك واحتمقان دموي في البطن السفلى  
وبواسير ونحو ذلك ينبغي تنظيم التغذية العذائي وتلطيفه لهم والايضا  
بالرياضة مع استعمال بعض مقادير من ملح جلوبراً وبعض المياه السكرورية  
الصودية الطبيعية ( كميها مارين باد وكينسجن وهو مبورغ ونحوها )  
او بعض المياه الكبريتية اذ ان استعمال ذلك حينئذ تنتج عنه ثمرة عظيمة  
وفي احوال اخرى تكون هذه المعالجة غير صائبة بل مضره وحينئذ يفضل  
استعمال بعض مياه الينابيع الحديدية ومن الجلب داجراؤه في جميع  
الاحوال لمنع المرضى من جميع الاحوال المخالفة لحالتهم الصحية ووضعهم  
في شروط صحية جيدة ومن هذا القبيل منعهم عن أشغالهم الجسمية  
الشاقة والمنبهة واحرهم بالسياحة والسكنى في الخوات أو الجبال مع المعالجة  
بالمياه المعدنية حاما او شربا وأشهر الطرق العلاجية في ذلك المعالجة بمياه  
كارلوسباد المعالجة قوية او بالحمامات البحرية مالم يكن المريض في حالة  
ضعف او ثوران في الحساسية بحيث تكون برودة الماء البحري مضره بصحته  
وفي مثل هذه الاحوال تستعمل المياه السكرورية الصودية الفاترة  
ومن اهم الامور في هذا المرض الاهتمام بالمعالجة العقلية وذلك بان يبدت

للمريض خطأ تصوره بأنه مصاب بأحد الامراض العضالة وأنه على شفا  
 فقد الادراك والطبيب حينئذ وان لم يمكنه شفاء المريض بذلك لكونه لا يتيسر  
 له ازالة الاحوال المترتب عليها الاحساس المرضى عند الايبوخونداريين  
 الا انه بذلك يوجد للمريض هذه واطمئنان ولو كان وقتيا ولذا ان كثيرا  
 من المصابين بالايبوخونداريا من يرغب في تكرار استشارة الطبيب  
 وهناك معالجة جيدة في هذا المرض وهي تحويل افكار المريض عن  
 تصوراته بان يوصى بالرياضة الجسمية والبقائية الطيبة بحيث يمتنع عن  
 اشتغال افكاره بالاحساس المرضى وهذه المعالجة تنجح في الاحوال الخفيفة  
 من هذا الداء بشرط أن تكون موافقة لحالة اشتغاله وتصوراته فمثلا  
 لو اشتغلنا أحد العلماء والتجار بنشر خشب ما أثمر ذلك معه فان اشتغال فكره  
 بنشر الخشب لا يجدي عنده تفعا وفي اثناء النوب الايبوخوندارية  
 الشديدة لا تثمر طرية تحويل الافكار بل ان جميع طرق التسلاهي  
 والانسراح تزيد في شدة المرض

وعندي مشاهدة كثيرة الفائدة من هذا القبيل وهي مشاهدة رجل ارناطى  
 صحیح البنية يبلغ من العمر اذذاك نحو ٥٠ سنة مقيم في مصر من عهد قديم  
 اعتراه في سنة ٧٨ هجرية ايبوخونداريا شديدة على شكل نوب متوالية  
 واعذم وجود تغيرات واضحة عنده في الاعضاء المختلفة الباطنة نسبت  
 حصول هذا المرض له لانفعالات نفسية واشتغالات عقلية وذلك هو الواقع  
 وكان في اثناء الفترات يتشكى باضطرابات هضمية خفيفة ألجأته  
 لاستشارة عدد عظيم من اطباء واتخاذ طرق علاجية مختلفة واما في اثناء  
 النوب فكان يشتكى باحساسات عجيبة كتتمل الاطراف وارتفاع الحجاب  
 الحاجز وانخفاضه والضجر والقلق والرعب الشديد والاحساس بانطفاء  
 التنفس وزوال النبض فكان يرتجفي اذذاك بتكرار الطاب بارسال خادم بعد  
 الآخر حتى كان يخيل له ان كل نوبة طرأت عليه اشد من الاولى وبهامة تسمى  
 الحياة فاستعملت له وسائل علاجية متنوعة كتحمسين حالة الفناء الهضمية  
 وتنظيم التدبير الغذائى واعطاء المياه المعدنية المسهلة والقولونية والرياضة  
 وتعاطى بعض المنعشات ( كبعض نقط من الايتير وصبغة الكاستور ونحو

ذلك) في اثناء النوبة والوسائط العقلية في ازالة تصوراته الوهمية بانه  
مصاب بمرض عضال فلم يكن يجدي ذلك نفعا الا وقتيا فانه حين حضورى  
واستعمل الى تلك الوسائط كانت تزول نوبته ويرغم حصول الشفاء لكن  
عما قليل من الايام تعود النوبة حتى كرت ان اضيق ذرعا فالتجأت الى  
استعمال الطريقة المحولة للافكار وذلك بانى في النوبة الاخيرة بدل ان  
أسكمني روعه والاطفه في العلاج زدته رعبا على رعبه وقلت له عند جس  
النبض ان النبض حالا ضعيف وأخذ في الضمف زيادة وان التنفس لضعيف  
الغاية وان الحالة الخبيثة وتجاهلت في السؤال كقولى له أهمل لك بستان في  
مترك فقال نعم مع الاضطراب فقلت وهمل موجود به غلق وفاس فقال  
نعم فقلت هلم واعزق في البستان حتى يعود النبض المنطفي فأمرع الى  
ذلك متكئا على خدمه الى ان وصلنا الى البستان وهنالك امرته بالعزق  
ففعل وكان اذك يدعى بان الهواء قتله في حالة العزق فأمرته بالتمادى على  
ذلك حتى اشتد تعبها وزاد نصيبه وغزر عرقه فزالت نوبته فأمرته مع  
التشديد والتدقيق والحاضر ين معه انه ان عادت النوبة اليه فلا سبيل  
الى ندي ثانيا خوفا من اضاءة الوقت فيما لا يجدي بل متى عادت يلزمه أن  
يساد الى العزق فتمادى على ذلك وشفى وهو الآن في صحة جيدة

✽ فصل ✽

✽ (في أمراض الجلد) ✽

حيث كانت التغيرات التي تعترى الجلد في الامراض التسممية الحادة  
والمزمنة مبسطة مع باقى اعراض الحصبة والقرضية والجدري والتيفوس  
والداء الزهرى وباقى الامراض التسممية لكونها عبارة عن بعض  
مجموع الاضطرابات الغذائية التي يحدثها التسمم العام في تلك الامراض  
فلا تمرض للكلام عليها هنا

ولما كانت الامراض الجلدية كما في امراض الاعضاء الأخرى تختلف  
باختلاف التغيرات المرضية التشرجية التي تنتج عنها فلنقسمها لمثلها  
وتتكل على ضخامة الجلد ووضووره ثم احتقانه وانيمته ثم التزيف  
والانتهابات ثم التولدات الجديدة والطفيلية لكن حيث انه يمكننا مشاهدة

اختلاف شدة تغيرات الجلد المرضية وامتدادها زيادة عن تغيرات غيره من  
 الاعضاء وكان ملاحظة بعض الافرازات الجلدية المرضية الغير المصحوبة  
 بتغيرات جوهرية مدركة كان تمييز عدد الامراض الجلدية عن بعضها سهلا  
 بالنسبة لغيرها من الامراض الاخر وحيث جرت العادة بتسمية الامراض  
 الجلدية باسماء مخصوصة غير التي تسمى بها التغيرات الغذائية المشابهة لها في  
 اعضاء اخرى لنا ان نقتفي ذلك ونضم له على الدوام الاسم المطابق للتغيرات  
 التشريحية المرضية واما تقسيم كل من الامراض الجلدية الى انواع عديدة  
 تحتها فلا فائدة فيه ولا نذكره الا مع الاختصار

### في ضخامة الجلد على العموم

اما ضخامة الجلد التي يحصل فيها هذا التغير في جميع اجزاء الجلد كالانسوج  
 الخلوي والاعوية والاعصاب والبشرة والشعر والاجز بقا الجلدية فلا تظهر  
 الاقاصرة على بعض اجزاء الجسم مكوّنة لتغيرات خلقية كالحلمات  
 المرتفعة على سطح الجلد والحلمات الجلدية الرخوة ومع ذلك فلا تكون  
 الضخامة في هاتين الحالتين بدزجة واحدة في جميع اجزاء الجلد بل في  
 اغلب الوجوه والحلمات الجلدية الرخوة يشاهد ازدياد تكوّن في المادة الملونة  
 والشعر بحيث انها تصبح بلونها الاسمر او المسودو بشعرها الكثيف العظيم  
 الناشئ منها

وكثيرا ما يشاهد نمو الاخيلية البشرية القرنية وثرانها على بعض اجزاء الجسم  
 ومن ذلك تنشأ التيبسات الجلدية والثآليل اي عين السمكة والقرون  
 الجلدية فالتيبسات الجلدية عبارة عن ارتفاعات سطحية مفرطة من  
 دائرتها بالتميز بيج ذات هيئة قرنية وشكل مستدير أو غير منتظم والجلد  
 الكاش اسفل منها ما أن يكون طبيعي او قليل الاحتمقان وتتكون هذه  
 التيبسات في الأحوال المعرضة لضغط غير منتظم ولذا تشاهد في العقبين  
 وفي أخمص القدمين عند كثير من الناس وفي ايدي الحدادين وغيرهم من ارباب  
 الصنائع المفتقرة لعمل اليد وفي سبابة الخياطين وغيرهم واما عين السمكة  
 فهي عبارة عن ارتفاعات قليلة الامتداد صلبة جدا سميكة ذات شكل  
 مخروطي تحدث نوع ضمور في الجلد بسبب انضغاطها فيه بواسطة النعال

وأما القرون الجلدية ففيها تصل ضخامة الطبقة البشرى بقى صفر محدود منه  
الى درجة عظيمة جدا ومع ذلك توجد قرون جلدية غير ناشئة من الخلمات  
الجلدية بل من أجرة شعرية ممددة وتكون حينئذ عبارة عن شعر في حالة  
نمو وضخامة عظيمين جدا وأما الضخامة المنتشرة للطبقة البشرى المتعلقة  
بنمو في الجسم الحلقى وتعرف بالبرياز من ان كانت خفيفة او بالا كتيوزس  
ان كانت درجتها ثقيلة فسمت مرحها بالبيان الشافي في مجتمها.

ثم ان اللون السمرة الخلقى لبعض الاشخاص انما ينتج عن كثرة تكوين المادة  
المالونة السمرة في حالات الشبكة الملبجية كما انه قد يشاهد عند كثير من  
الناس حالة خلقية غير طبيعية فيها تتراكم المادة المالونة السمرة في محال  
محدودة من حالات الشبكة الملبجية فينشأ عن ذلك الطخ أو بقع سمرة  
او مسودة تعرف بالاممات فان كانت هذه البقع عظيمة الحجم سميت بالوجات  
وان كانت صغيرة في حجم العدسة سميت بالنكت الكبدية (وتعرف بالخال  
او الشامه) وهذه البقع السمرة عظيمة كانت او صغيرة التي هي غير مصحوبة  
بضخامة في الادمة الجلدية وغير مصحوبة عن سطح الجلد كثيرا ما تكون  
موشحة بشعر غزير وتكوين المادة المالونة السمراء يزداد عند كثير من  
الاشخاص بتأثير ضوء الشمس وحرارتها وبالرطوبة والارياح وبذلك يكتسب  
جلد الاعضاء العارية عند العساكر والزراعيين والملاحين لونا مسمرامسويا  
عادة ومن الغريب ان المادة المالونة السمراء قد لا تزداد بتأثير الاسباب  
الذكورة عند بعض الاشخاص بحيث يقال ان الشمس لا تؤثر عادة فيهم  
يعنى انهم لا يحترقون من الشمس اى لا يسمرون منها وما يدعى تسمرتهم ان  
المادة المالونة المذكورة لا تزداد بتأثير ضوء الشمس وحرارتها وبالرطوبة  
والارياح عند بعض الاشخاص خصوصا الشقر ذوى الشعر الاحمر واللون  
الايض جدا الا في اصفار محدود بحيث تتراكم المادة المالونة فيها وتكون  
في وجوههم وايديهم بقع مسمرة مستديرة كثيرة الكثرة او قلبية اترا في اثناء  
الصيف ولون انقوا حرارة الشمس بواسطة الشمسيات مثلا وهذه البقع تسمى  
بالبقع الصيفية وكان جلد الملاحين المتلون بالسمرة تتناقص سمرة في  
اثناء الشتاء او عند مكثهم في بيوتهم فكذلك يزول لون البقع الصيفية في الا

تدرج في اثناء الشتاء أو ببقية الكمية وقد يتيسر ازالة البقع السمرة الصيفية  
 بواسطة الجواهر الدوائية التي تحدث زوال الطبقة البشرية مع الطبقة  
 السكائنة اسفل منها المتراكمة فيها المادة الملونة السمراء الا انها تعود بعد  
 بعض اسابيع متى تعرض الجلد لثورات السابق ذكرها

والغسلات المستعملة بكثرة في مثل هذه الاحوال ليست الا وسائط محسنة  
 للجلد وقتيا وكذا يقال في المكدمات الموصى بها من المعلم (هيرا) المكونة  
 من خمس قمحات من السليمانى الاكل وواقية من الماء المقطر (اعنى ٣  
 ديسى جرام على ٣ جرام) وهذه المكدمات تستعمل مدة بعض ساعات  
 مع الاحتراس من كون الرغائذ المغموسة في محلول السليمانى تكون ثبات  
 على الجلد عقب استعمال ذلك ومتى حصل التهاب شديد في الجلد عقب  
 استعمال ذلك وجب تغطيته برغائذ مغموسة في الزيت فبذلك تزول البقع  
 الصيفية في قليل من الايام (وذلك حال تفلس البشرة) وكثيرا ما تكون  
 عند النساء الحاملات والمصابات باعراض في الاعضاء التناسلية بقع مسمرة  
 على الجبهة والشفة العليا تسمى بالبقع الرجمية وهذه البقع تزول عقب الوضع  
 عند اغامب النساء وقد تمسك زمن طويلا أو تستمر على الدوام عند بعضهم  
 وهذه الظاهرة غير واضحة التوجية بالكلمة كازدياد المادة الملونة  
 السمراء حول حلمة الثدي عند الحاملات وفي الخط الابيض للبطن

وزيادة على الضخامة المنتشرة للجسم الحلمي في المرض المعروف بالاكثيروزس  
 اى الداء القشرى يوجد ضخامة قاصرة على بعض الحلمات الجلدية  
 مصحوبة بنمو زائد في الطبقة البشرية المغطيه لها وذلك يؤدي لتكوين  
 ما يسمى بالثاكيل او بالطح العريضة فالثاكيل تنشأ عن استتالة عدد  
 قليل من الحلمات الجلدية وياضها بعضها تكون البقع الصيفية  
 في ايام قلائل مع تفلس البشرة وتكون مغطاة بطبقة بشرية كثيفة صلبة  
 واذا حصل انفصال في الحلمات الجلدية المتكونة من الثؤلولة وتغطى  
 كل منها على حدته بطبقة بشرية شديدة الثؤلولة متشققة ذات

ألياف

واسباب تكوين الثاكيل غير واضحة وعدم النظافة ليس له الا تأثير قليل



جداني احداثها فانها قد تظهر بسرعة عند الاشخاص النظيفين جدا  
وتنتشر على جلد الايدي خصوصا بعدد عظيم كان عملت وال هذه الحلمات  
أحيانا زوالا سريرا غير واضحة والعامية تذهب ذلك عادة لتأثير بعض الوسائط  
الاعتمادية أو السمبانتوية

واما اللطخ العريضة فتتميز عن الحلمات بكون الحلمات الجلدية فيها  
لا تسمطيل فقط بل يخرج من جوانبها مع ذلك تولدان جانبية ولا تكون  
مغطاة بطبقة بشرية سميكة وتنقسم اللطخ العريضة الى شكلين أحدهما  
الابرية والثانية المفرطة فالاولى أكثر ما تشاهد في الغشاء المخاطي لقناة  
مجري البول والمهبل وبعض محال من الجلد المنذاة باقران السيلان المجري  
أو المهبل وشكلها اما ان يكون تونيا أو قريبا طيبا او ذا هيئة شبيهة  
بعرق الديك اذا كانت معرضة لضغط جانبي واللطخ الابرية تحتاج الى  
موضعية

واما اللطخ المفرطة فتكون بينها شبيهة باللطخ الابرية غير انها تكون ارتفاعات  
سطحية مفرطة ولها ميل عظيم للتقرح السطحي وأكثر ما تشاهد هذه  
اللطخ في الشفرين العظيمين والصفن وبين الاليتين ويندر مشاهدتها  
في الشفتين وبين اصابع القدمين وحيث انها تعلق في مرض بني عوى  
فانها تحتاج الى معالجة عامة زهرية لا موضعية

واما الضخامة المحدودة للذسوج الخلوي المكون الادمية فينشأ عنه  
ما يسمى بالبيو انبوس الجلدي وما يسمى بالاورام الليفية الرخوة البسيطة  
التي تكون أحيانا أوراماً عنيقية يابسة وهناك نوع آخر من ضخامة الادمية  
الجزئية ينشأ عنه اورام غير منتظمة ذات قوام ندبي تسمى بالكوبد  
و بتيس الادمية

واما ضخامة الجلد المنتشرة والذسوج الخلوي تحتها فينشأ عنها ما يسمى بداء  
القبيل العربي الذي سنتكلم عليه في البحث الثاني مع التفصيل  
واما نمو الابعية الشعرية للادمية وضخامتها التي تصطبج أحيانا بضخامة  
في الذسوج الخلوي فينشأ عنه اللطخ واورام حمراء أو مزرقة مجررة في الجلد  
تعرف بالاورام الانتصائية وهذه الاورام اما ان تكون خلقية (اي اورام

انتصائية خلقية) او انما تتكون عقب الولادة بزمن قليل وتنقسم هذه  
 الاورام الى شكلين أحدهما الشكل الذي فيه تبقى على حالتها بعد ان  
 وصلت لحجم معلوم بدون تغير والثاني الشكل الذي فيه تنمو وتوثر بجريا  
 وتؤدي لحصول انزعة غزيرة عقب تمزق الاوعية الشعرية المتعددة تمردا  
 زائدا عن الحد

واما ضخامة النعر وتوثره وضخامة الاجربة الجلدية في امفار محدودة من سطح  
 الجسم فتلك تصاحب على الدوام الاضطرابات الغذائية التي ينتج عنها  
 اغلب البقع المسهرة أو الوجات واما غوش شعر الدق أو العانة نمو زائد مع  
 تقدمه في الظهور عن وقته او ظهور الشعر في جميع سطح الجسم أو في بعض  
 أجزاءه ظهورا غير مضعف بامراض أخرى فيعده من المستغربات والمجانب  
 لا كرض

وبضخامة الاجربة الدهنية الشعرية وتعددها وامتلائها بجسيمات بشرية  
 مفرطحة وبكرات دهنية شفاقة تنشأ اورام تسمى بالاورام البشرية الرخوة  
 وهذه الاورام التي تكون في حجم الحصاة تكون مغطاء ابتداء بالجلد  
 السليم ثم يتوزع الجلد المغطى لها عند نموها ويحمر ويخضب من مسكرو على  
 هيئة قمع صغير ويظهر في محيطها أورام جديدة بحيث يتغطى الجلد فيما بعد  
 بعدد عظيم منها وهذا الامتداد المستمر والعدوى المحققة في بعض الاحوال  
 يشبتان عدوى هذا المرض عند بعض الأشخاص والاصل الحامل للجوهر  
 المعدى يظهر انه موجود في الجسيمات الدهنية السابق ذكرها وتسميها  
 العوام (السنط المعدى)

### المبحث الاول

\* (في الضخامة المنتشرة للجسم الحلي والبشرة المعروف بالاكتهوزس) \*

نحوى الداء القشري السمكى المعروف بالتمسك

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

قد ذكرنا فيما سبق ان ازدياد تكوّن البشرة وتوثرها في الداء القشري انما ينتج  
 عن ازدياد وغو الجسم الحلي والبشرة واللامدة ازدياد امراضيا ثم ان المعلم

(برنيس بر ونج) الذى اشتغل كثيرا بالامراض الجلدية واتبعنا أشغاله  
 فى هذه المباحث ميزنا تلك شكايين الاول الشكل الخلقى اى الايكثيموزس  
 الخلقى الذى به تولد الاطفال مغلفة بطبقة قرنية سميكة والثانى الشكل  
 العارضى لهذا المرض اى الايكثيموزس العارضى أو الحقيقى وفى الشكل  
 الاول تولد الاطفال ميمية أو انما تمهلك حال عقب الولادة وبالمبحث يتضح ان  
 الطبقة القرنية المغطية لها اكتسبت الصلابة واستحالت الى مادة قرنية  
 يابسة من ابتداء زمن الحياة الرحمية بسبب اختلاط الطلاء الدهنى المكون  
 من الاخلمية البشرية والطبقة الدهنية وانضمام اجزائه الى بعضها ومن  
 الواضح ان هذه الطبقة القرنية العديمة التمدد لا تكفى فى تغطية الجنين  
 عند نموجسه فتمتجزأ الى جملة أجزاء وفشور تعوق نمو كثير من الاعضاء  
 كالانف والشفتين وصبوان الاذن وأصابع اليدين والقدمين وفى الشكل  
 الثانى يظهر ان ضخامة الجسم الحلقى الناتج عنها هذا المرض حالة مرضية  
 وراثية وعدم مشاهدتها فى ابتداء السنة الاولى من الحياة انما يحصل  
 من كثرة ساعاة النظافة الجلدية عند الاطفال فى هذا السن وبالمبحث يرى  
 ان كثيرا من الاطفال المصابين بهذا المرض ورثه عن ابويه أو اقارب مصابة  
 او كانوا مصابين به سابقا

وزيادة عن الايكثيموزس الحقيقى الذى يكون منتشرا على معظم سطح  
 الجسم توجد أشكال خفيفة أخرى من الايكثيموزس العارضى تكون قاصرة  
 على بعض أجزاء الجسم وتصاحب داء الفيل عادة

#### في الاعراض والسير

يكون الجلد فى الاشكال الخفيفة لهذا المرض بدلا عن منظره الاملس  
 ذا منظر خشن ويتغطى بقشور رقيقة مبيضة وهذه الاشكال الخفيفة من  
 هذا المرض المعترف فيها لفظة بتريازس اى الداء التفاسى النخالى وهو الذى  
 يكون تفلس البشرة فيه ناتجا عن ازدياد تكون الطبقة البشرية لاجل  
 تغيرات مرضية أخرى وذلك يعرف من الحالة العامة للمريض وفقد ظواهر  
 احتمقان الجلد والتهابه وعدم تغير افرازه وافراز اجزائه الدهنية ومعظم  
 احوال تفلس قروة لرأس التى فيها يصير شعر الرأس مختاطا بقشور رقيقة

وتتغطي باقى الملابس بها كذلك فليست ناجمة عن ازدياد فى تكون البشرة بل عن حالة التهيأة خفيفة فى الجلد وكذلك تفسل بشرة جلد اليدين والقدمين ينتج عادة عن التهاب مطعوى خفيف وسأشرح ذلك عند الكلام على الاجزىما

واما الايكىموزس الحقيقى فقد يحصل فيه انفصال البشرة على شكل قشور عظيمة تخينة داكنة بسبب تلونها بالمادة الملونة المدمرة ووساخرها فى اعلى درجة هذا المرض تكون البشرة لطخاقرنية او ارتفاعات حلمية مديبة كالشوك ولذا يميز بعضهم الايكىموزس الى جملة أشكال كالايكىموزس البسيط والقرنى والشوكى (المعروف بشوك الخنزير) وليس الامر كذلك بل هى درجات مختلفة لمرض واحد وبعض اجزاء الجسم تبقى مصابة من هذا المرض كالوجه وراحة اليدين وحفرة الابط والمابض والاريتين وأعضاء التناسل وبعضها تكثر اصابته كالجبهة الوحشية من الاطراف العليا والسفلى وخصوصا قسم الركبتين والمرقى وعللة عدم شاهدة هذا المرض عند الاطفال المصابين به المولودين جديدا انما يوجه كفال الشهير (هبرا) يكون الاطفال فى بطون أمهاتهم وجد على الدوام فى نوع حمام حار مستمر وبذلك تفتقع الاخالية البشرية وتسترخى ومن جهة أخرى يقال انه بسبب كثرة وساخرتهم وتكرار استحمائهم لا يمكن تراكم الاخالية البشرية عندهم بحيث لا يمكن معرفة المرض من ابتداء الحياة

### ✽ المعالجة ✽

هذا المرض غير قابل للشفاء فاننا لانعرف واسطة علاجية بها يمكن ازالة ضخامة الجسم الحلبى وقد دلت التجارب البديدة على عدم نجاح كل من الزنجب والمربات الانيه ونيه والقطران وغير ذلك من الجواهر الدوائية ظاهرة كانت أو باطنية بحيث لا حاجة لتكرار التجارب بالجواهر المذكورة وأجود شئ يوصى المرىض باستعماله الحمامات الحارة والبخارية كل يوم مضافا اليها القلويات أو غيره مضافا لها ذلك مع ذلك بالجواهر الدسمة كزيت الزيتون والقطران أو الصابون المقطرن اذ بذلك تلين القشور ويسهل انفصالها ويمتنع تراكم الاخالية البشرية

﴿المبحث الثاني﴾

\* (في الضخامة المنتشرة للجلد والمنسوج الخـ لوى تحته) \*

\* (المعروف بالبا كيدرمي أو بداء الفيل العربي) \*

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

التهاب الجلد التهاباً متكرراً ولا سيما المصحوب بانسداد ادمته متكرراً ثم في الاوردة والاعية الليفنفاوية يؤدي لحصول ثخانة اى ضخامة عظيمة في الجلد والمنسوج الخـ لوى تحته الكائن بين ألياف الجوهر العضلي بل وسحقاق وعظام الاجزاء المصابة وهذه الحالة هي المسماة بثخن الجلد أو بداء الفيل العربي بسبب غلظ الاجزاء المصابة وعدم انتظام شكلها وايس بينها وبين داء الفيل الروماني ادنى مشابهة ولا اشتباه ولا نعلم لماذا ان الالتهاب المتكرر للجلد والاوردة مع انسدادها هي والاعية الليفنفاوية ينشأ عنه في بعض الاحوال داء الفيل وفي احوال أخرى لا ينشأ عنه ذلك كما وانته من المجهول علينا جد الماذان تلك التغيرات تحدث هـ ذا المرض في بعض الجهات خصوصا الجهات الحارة الرطبة اكثر من غيرها

﴿الصفات التشريحية﴾

اكثر ما يصاب بهذا المرض الطرف السفلي فيوجد منه ثخانة متفاوتة اذ يما ويا عظيما منظمأ أو غير منظم بحيث يجاوز حجمه الاصلى مرتين أو ثلاثة ويوجد الجلد فاقد الحركة فلا يتزخزح وغطى بقشور بشرية سميكه في الاحوال التي يكون فيها الجسم الحلبى للجلد مشتركا في الضخامة ومنسوج الجلد والجوهر الشحمى تحته يكون مستحيلا الى مادة يابسة سميكه شحمية وعند النظر اليها باي مكرسكوب توجد مشتملة على أخيرة ليفية جديدة انتسكون وعتيقة وكذا الاضلات توجد ضامرة مكابدة للاستحالة الشحمية بسبب فقد شكلها والضغط الواقع عليها من المنسوج الخـ لوى المتكاثف المحيط بها وكثيرا ما يوجد انسداد في الاوردة والاعية الليفنفاوية اوتعدد دوالي فيها أسفل تحتل الاصابة وعين هـ ذه التغيرات التشريحية يشاهد في الاطراف العليا عند ما تكون مجاسا للاصابة وفي الصفن وتعرف حينئذ بالقيمة اللحمية (وعند العامة بالقايطة) وفي القضيب وفي الشفرين العظيمين

### ✽ الاعراض والسير ✽

داء الفيل يبتدئ بظواهر التهاب جامدى جرى أو بظواهر التهاب الوعية  
 اللينفاوية والوريدية وبعض الاطباء وان ذكر ان الظواهر الموضوعية تسبق  
 في هذا المرض بظواهر مرضية عامة اى حمية شديدة الا ان الظاهرة ليست  
 خاصة بداء الفيل فانه في غير ذلك من الامراض الالتهابية كثير اما ان تكون  
 الاعراض العمومية اكثر وضوحا فى الابتداء عن الاضطرابات الوظيفية  
 الموضوعية للعضو المصاب ثم بعد انحطاط الاعراض الالتهابية الموضوعية  
 لا يعود العضو الذى كان منتهجا الى حجمه الطبيعي عادة بل يبقى فيه بعض  
 انتفاخ ذى قوام عجيب رخو وبعده عدة أشهر تحصل نوبة اخرى ذات سير  
 شبيه بسير النوبة الالتهابية الاولى بخلافها انتفاخ فى العضو المرىض زيادة  
 عما سبق وكما كثر تكرار النوب وكانت الفترات بينها قصيرة كان العضو  
 المصاب اكثر تغيرا فى الشكل والنقل وحل محل الانتفاخ العجيب الناشئ  
 عن الارتشاح الاوذيمياوى انتفاخ صلب جدا ناشئ عن تكون جديد  
 من منسوج خلوى مندمج فاذا امتد داء الفيل من الجزء المصاب ابتداء  
 الى الاجزاء المجاورة امتدادا تدرجيا عقب تكرار النوب شوهت فى  
 الطرف المصاب جميع درجات المرض والمرضى لا تشفى الا بالامراض من تكرار  
 نوب الالتهاب فى الاجزاء المنتفخة التى كثيرا ما تكون مجاسا للتهاب  
 سطحي متكرر اجزئته اوى مصحوب بنضج سائل تحت البشرة وعلى  
 سطحها السائب ومن الواضح ان حركة الطرف المرىض تكون متعصرة جدا  
 فى هذا المرض

### ✽ المعالجة ✽

قد يتحصل الطبيب على تحسین عظیم بل وشفاء لهذا المرض فى الاحوال الغير  
 العتيقة جدا وذلك بواسطة المعالجة اللائقة فى أثناء نوب الالتهاب التى  
 تظهر لهذا المرض ينبغى وضع العضو وضعا مرفوعا وبقائه فى هذا الوضع  
 زمنا طويلا ولو بعد زوال نوبة الالتهاب ومع ذلك يستعمل التبريد بواسطة  
 المكمدات الباردة أو الجليدية مع الدلك بالمرهم الزئبقى وعند زواله  
 بالسكاكية يشرع الطبيب فى اجراء الضغط المنتظم الشديد وذلك بان الطرف

لحاقلزونيا بحيث ان كل لفة تغطي اللفة التي قبلها وينبغي الضغط به -  
 الرباط الخلزوني ضغطا قويا جدا فان الممرضى تجعله بدون ضرر ولا مشقة  
 والرباط من عادته يتزخرح بسرعة والمداوة المنتظمة على هذه الطريقة  
 العلاجية كثيرا ما يحصل منها نجاح عظيم  
 وقد استعمل في العصر المستجد بقصد شفاء داء الفيل في الاطراف ربط  
 الشرايين ولم يتحقق نجاح ذلك الى الآن  
 واما القيلة اللحمية للصفن التي فيها كثيرا ما يصل الصفن المتغير للركبتين  
 ويصل الى ما يقف عن مائه رطل أحيانا فينبغي فيها ازالة الورم بالسلاح  
 كداء الفيل المصديب للشفيرين العظيمين ايضا

﴿ثانيا﴾

\* (ضمور الجلد) \*

ضمور الجلد يشاهد بكثرة كظاهرة من جملة ظواهر النموكة العامة سواء  
 كانت شيخوخية أو ناتجة عن امراض منهكة فعند رفعه على هيئة ثنية  
 أو عند شقه بالشرط عند الاشخاص المنهوكين يوجد متناقصا في السمك  
 تناقصا واضحا جدا ويوجد الجلد زيادة على ذلك مغطى بقشور من أخلية  
 بشرية منفصلة وذلك ليس ناشئا عن حصول ضخامة في البشرة مصاحبة  
 لضمور في باقي اجزاء الجلد بل ذلك انما نشأ عن تناقص افراز الاجرية الجلدية  
 بسبب ضمورها فانه بهذا الافراز تحفظ الاخلية البشرية في حالة تنديبة  
 ورطوبة فانفصالها عند الاشخاص السليمة يحصل بكيفية غير محسوسة  
 ويظهر تراكمها على سطح الجلد عند المنهوكين وبعبارة أخرى يقال ان تراكم  
 الاخلية البشرية في الداء المعروف بالتهريز الضعفي اى تقلس البشرة  
 عند المنهوكين لا ينتج عن زيادة تكوين الاخلية البشرية بل عن انفصالها  
 بكيفية مدركة

وقد يحصل ضمور الجلد ايضا عقب الضغط عليه اما من الظاهر أو الباطن  
 فمثلا عين السمكة ينتج عنها ضمور جزئي في الادمة كما ينتج عن قشور السمكة  
 أو بعض الحشكريات التي تضغط على سطح الجلد وحيث ان الضغط الواقع  
 من الظاهر على الجلد يحدث ضمورا في الجسم الحلي ترى ان متحصله الذي

هو الاخيلية البشرية تتكون بقلة في الاصفار المنضغطة وينعكس ذلك  
 فيما اذا كان الضغط واقعا على الجلد من الباطن الى الظاهر كما يحصل  
 في تمدد البطن العظيم عقب الحمل أو الاستسقاء الرقي أو انتفاخ بعض  
 الاجزاء الاخرى المغطاة بالجلد اذ في مثل هذه الاحوال الطبقات الغائرة  
 من الجلد ومجموعه الغددى هي التي تكابد الضغط وامان تكون الاخيلية  
 البشرية فلا يحصل فيه اذنى اضطراب ولا شك في ان كلامنا البتريازس  
 اى الداء الخالى الذى يحصل عقب الحمل أو الاستسقاء الرقي في جلد البطن  
 والاطراف والبتريازس الضمعى انما ينتج عن ضمور الطبقة الغائرة من الجلد  
 والاجربة الجلدية وجفاف تابعي في الاخيلية البشرية  
 وقد يشاهد فقد جميع المادة الملوثة من الشبكة المبيجة عند الاشخاص  
 المعروفين بالايبينوس اى المصابين بداء البرص قد تفقد هذه المادة المذكورة  
 من بعض اصفار الجسم بدون اسباب معلومة فتصير هذه الاصفار ذات لون  
 ابيض لبني مغاير بالكتابة لما حولها من الاجزاء لايها وان هذا يحصل  
 عند الاشخاص السمر بكثرة (ويعرف ذلك عند العامة بالبهاق) وكثيرا  
 ما يحصل ضمور في بصيلات الشعر وعلى الخصوص فروة الرأس فينتج عن  
 ذلك سقوط شعر الرأس فاذا لم يمتد الضمور الى أن تقدر جميع البصيلات  
 المذكورة لا يزول نمو الشعر بالكتابة غير انه بدلا عن شعر الرأس القوى  
 الساقط ينبت في البصيلات الضامرة شعر رقيق كالوبر يشاهد في  
 الاشخاص ذوى الرأس الامارية طمعا في رجوع شعرهم خصوصا وان  
 صودف انتم عمل بعض الزيوت أو الدهانات قبل ذلك بزمن يسير فيظنون ان  
 هذه الوسائط كثيرة الفائدة ثم ان انحلال شعر الرأس الناتج عن ضمور  
 البصيلات الشعرية يسمى بتعمرى الرأس اى الصلع الشيخوخى لانه اكثر  
 ما يشاهد عند الشيوخ ومع ذلك فليس من النساء رمشاهاهته عند الشباب  
 ويظهر ان السبب في ذلك الاستعداد الوراثى ومن المشكوك فيه القول  
 بان الاشغال الذمى المفرط والانفعالات النفسية المحزنة والافراط من  
 الشهوات الزهرية يؤدى الى حصول ذلك فانه كثير ما يشاهد عند العلماء  
 والاشخاص المسكدين لحزن عظيم مستطيل ارا المنهكين في الذات شعر



غزير في الرأس كما انه كثير اياها شاهد عند الاشخاص الخنايين عن  
الفكر والاشتغالات العقلية وذوى العيشة الجيدة سقوط شعر الرأس قبل  
أوانه ومن الواضح انه لا يوجد راد في جوهره واثى به يمكن رجوع بصيالات  
شعر الرأس كما يزعمه الدجالون وان هذا المرض غير قابل للشفاء وينعكس  
ذلك في سقوط الشعر التابع لبعض الامراض الحادة أو المزمنة التي ينتج  
عنها اضطراب وقتي في تغذية بصيالات الشعر فان مثل هذه الامراض  
لا تؤدى الى حصول فتد كلى أو ضمور مستمر في البصبيالات المذكورة  
ولذا انه متى زال المرض الاصل والنتائج العامة التي احدثها في البنية تعود  
بصيالات الشعر الى حالتها الطبيعية فينبت ثانيا واكثر الامراض اتجاها  
للصلع هو التيفوس والداء الزهري ومع ذلك قد يحصل سقوط شعر الرأس  
ايضا عقب بعض الالتهابات الرئوية الثقيلة وغيره من الامراض المنهكة  
والحالة النفاسية تؤدى كذلك الى سقوط الشعر بدرجة خفيفة ويظهر أيضا  
ان شكل سقوط الشعر المجدو والمسمى بالاكوبوسيا (اى داء الثعلب)  
ينتج ايضا عن اضطراب وقتي في تغذية البصبيالات الشعرية وفي هذا المرض  
غير النادر يشاهد بقع مستديرة مختلفة العظم في الرأس او في الذقن او غير  
ذلك من اجزاء الجسم بحيث يتخل الشعر من جذره ويسقط فيتم تكوين عن  
ذلك بقع عارية عن الشعر محاطة باصفرار ذات شعر غزير واسباب سقوط  
الشعر المجدو وغير واضحة ايضا وقد دلت المشاهدات الجديدة على انه ليس  
ناتجا عن نبت متطفل والبقع المتخولة الشعر تغطي فيما بعد بشعر سليم  
واما سقوط الشعر الناتج عن التهاب الجلد والتولدات الطفيلية فستتكام  
عليه فيما بعد

والشعر يكاد يفقد مادته الملونة عند الاشخاص المتقدمين في السن فيشاهد  
في الابداء فقد لون قه بعض الشعر الملون بلونه الطبيعي تبع المشاهدات  
(شاتيس) ثم يمتد هذا الفقد بسرعة الى طول الشعرة بتمامها وفي بعض  
أحوال اخرى قد يفقد الشعر لونه دفعة واحدة في جميع امتداده ثم يزداد  
عدد الشعر المبيض شيئا فشيئا الى أن يبيض جميعه ويفقد مادته الملونة ومن  
المستغرب عدم وجوده شاهدا كيددة على كيفية حصول هذه الظاهرة

اي يبيض الشعر ولو كانت كثيرة الحصول جدا وهي معرفة الاسباب الناتجة عنها فاننا لانعلم هل الشعر الملون الاصلي يفقد لونه او انه يذبت شعر جديد ابيض من جذره وقد تفقد الشبان احيانا لون شعرها بسرعة عن الشيخوخ ويظهر ان يبيض الشعر بغير اوانه كسقوطه من غير اوانه ايضا انما ينتج عن استبعاد وراثي ولون كلامن الغم المستطيل والكدر له دخل في ذلك وايضا فقد دلت بعض احوال فيما صار شعر رأس الشخص بتمامه ابيض في ظرف يوم واحدة والغالب ان مثل هذه الاحوال غير اكدية المشاهدة ويولغ في معظمها

✽ ثالثا ✽

(في احتقان الجلد وانيميته) \*

كمية الدم المحتوى عليها الجلد يعتبرها تغيرات عظيمة اكثر من باقي الاعضاء فان تعرض الجلد للاسباب المؤثرة على الدورة اكثر من باقي اجزاء الجسم وقد سبق الكلام في الجزء الاول على اضطرابات الدورة الجلدية اي على احتقان الشرايين والاعوية الشعرية الشريانية وامتلائها بالناسخ عن زيادة مجهودات القلب وعن احتقان الاوردة وامتلائها والاعوية الشعرية الوريدية اي السيمانوز الناسخي عن بطء مجهودات القلب وضعفها

ثم ان احتقان الجلد اعني امتلاءه الدموى التواردي ينشأ عن تعرض الجلد لدرجة حرارة مرتفعة وعلى الخصوص للحرارة الرطبة وعن تأثير بعض الجواهر المهيجة كالحردل والزراريج ونحو ذلك او عن اصابتها بمؤثرات ميكانيكية ويظهر في جميع هذه الاحوال كما ذكرنا فيما سبق ان النتيجة الاولى لهذه المؤثرات هي استرخاء جوف الجلد وان تمدد الاعوية وامتلائها بالدم هو نتيجة تنافس مقاومة المنسوج المحيط بها ثم ان كان احتقان الجلد عظيما بحيث يرى مجر من خلال البشرة المغطية له سميت هذه الحالة بالابرتما وعلى حسب اختلاف هذا الاجرار بان كان ناشئا عن تأثير الحرارة او الحردل او الزراريج او نحو ذلك تسمى الابرتما الشمسية او النارية او التهيجية ولهذا يجوز تسمية اجرار الجلد الناشئ عن اسباب ميكانيكية

بالارتيماء الجر حمية وجميع اسماء هذا الاحتقان الجلدي لا ثمرة فيها بل تؤدي  
 الى الغش والخضاً حيث ان احمراره المتعلق بتغيرات النهاية فيه يطلق عليه  
 لفظ الارتيماء ايضا ثم ان احتقان الجلد المحمود يظهر ايضا كعرض ابتدائي  
 لا غالب الامراض الطفحجية الجلدية حادة كانت او مزمنة التي يحصل فيها  
 نضج على السطح السائب من الجلد أو في خلاله وبالجملة تشاهدا احتقانات  
 جلدية محدودة بكثره في بعض الامراض الحمية بدون أن يمكن توجيهه  
 هذه الظاهرة واحتقان الجلد في مثل هذه الاحوال يكون قاصرا على بعض  
 اصفار صغيرة محدودة غالباً بحيث تظهر نكت صغيرة جراءه مستديرة او غير  
 منتظمة في حجم العرسة أو على شكل لطح صغيرة مستديرة وتعرف حينئذ  
 بالوردية لكن هذا الاسم لا يطلق فقط على النكت الجراء الناشئة عن  
 مجرد احتقان الجلد بل على الاحتقانات الجلدية المصحوبة بنضج في الجلد  
 ايضا المتكوّن للحلمات صغيرة فيه فالوردية تصاحب التيفوس والحالة  
 التيفوسية للهيمزة وغير ذلك من الامراض التسممية العامة ولا يندر أن  
 تصاحب بعض الامراض النزلية للعدة والامعاء خصوصا عند الاطفال  
 وبعض امراض الدماغ والرئمة المصحوبة بحمى والوردية تسمى عرضية عند  
 وجود سبب مدرئ تنشأ عنه الحركة الحمية وفي غير ذلك تسمى وردية أصلية  
 أو ذاتية ومن هذا النوع تعد الوردية الحتر بفية والطفيلية ( التي تصيب  
 الاطفال ) وغير ذلك من أنواع الوردية الحلمية التي شرحها بعض المؤلفين  
 والاعراض الوحيدة لاحتقان الجلد هي احمراره وارتفاع درجة حرارته  
 والجزء المحمر بواسطة الاحتقان يزول لونه متى ضغط عليه وان دفع الدم من  
 الاوعية الشريانية بخلاف الاحمرار الجلدي الناشئ عن تزييف في جوهر  
 الجلد فانه لا يزول عند الضغط عليه فان كان الجزء المحمر مؤلما مع ذلك  
 وكان كثير الانتفاخ ولم يبق عقب الضغط عليه بقعة مبيضة بل بقعة مائلة  
 للاصفرار وحصل بعد زوال الاحمرار تقلس في البشرة لم يكن الموجود حينئذ  
 مجرد احتقان جلدي بسيط بل مصحوب بنضج التهاجي  
 واما انيماء الجلد فهي ظاهرة من جملة ظواهر فقر الدم العمومي أو عرض مهم له  
 وتنشأ زيادة عن ذلك من تعرض الجلد لدرجة حرارة منخفضة جدا وذلك

بالنأثير الطبيعي للبرودة وبانقباض الالياف العضلية الجلدية عقب تأثيره  
وهذا التأثير يقوى ويزداد بانقباض الاوعية الشريانية الصغيرة المصاحبة  
لذلك وبالجملة تحصل انيميا الجلد الموضعية بدون تأثير البرد على الجلد  
وذلك متى اعتري الطبقة العضلية الجلدية وجدر الاوعية الشعرية انقباض  
تشعبي وهذه الظاهرة تسكر مشاهدتها في اثناء دور الشعور برودة للحمى  
كما تحصل ايضا على حدتها بدون سبب معلوم في الاطراف على صفة الشكل  
المعروف بالغنغرينا الشبخوخية

ثم ان كلامنا من الاحتمان الجلدي وانيمية يندر ان يحتاج لوسائط علاجية  
قوية ويوصى في احوال الاحتمان باستعمال التبريد وفي احوال الانيميا  
الجلدية باستعمال الحرارة الرطبة والحمامة وذلك لجلد وتكبيره واستعمال  
الوسائط المنبهة

﴿اربعاء﴾

\* (في الالتهابات الجلدية) \*

التهابات الجلد يعنى بها جميع الاضطرابات الغذائية الجلدية التي يحصل  
فيها نضج في منسوج الجلد أو على سطحه الظاهر ونحن وان علمنا انه من  
المشكوك فيه هل جميع هذه الاشكال المرضية تعد حقيقة من الالتهابات  
الجلدية أم لا فان النضج الخلقي ليس من الامور الضرورية ولا من العلامات  
الاكيدة للالتهابات لکننا لا نتعرض للتطويل في ذكر هذه المسئلة ونتبع  
طريقة سيورن في التعبير بلفظ الالتهاب الجلدي عن كل تغير مرضي  
جلدي يصطبغ بتكون نضج

فان ارتشح النضج في جزء من جوهر الجلد ذي امتداد متفاوت نشأ عن ذلك  
الالتهابات الجلدية الابرتماوية أو الجريرية وان كان الارتشاح قاصرا على  
اصفار محدودة صغيرة من الجسم الحلمي نشأ عن ذلك الطفح أو الالتهاب  
الجلدي الحلمي وان كان الارتشاح كذلك سطحيا الا أن فيه بعض امتداد نشأ  
عن ذلك شكل الالتهاب الجلدي المتصف بتكون درنات وفي الالتهابات  
الجلدية الجريرية لا يندر ان ترتفع البشرة على شكل حويصلات كثيرة الامتداد  
أوقليته بواسطة النضج المرتشح في آن واحد على سطح الازمة وزيادة عن

ذلك يحصل النضج ايضا على السطح الظاهر من الادمة فترتفع البشرة على شكل حويصلات وكذا في غير ذلك من اشكال الالتهابات الجلدية حادة كانت او مزمنة ولا يشترط أن يكون منضمها ارتشاح عظيم في جوهر الجلد ومثل هذه الالتهابات الجلدية السطحية التي تشابه الالتهابات التزليمة يتصف مع قلة في التغيرات الجوهرية للنسوجات بنضج على السطح الظاهر منها وبذا تكون الاشكال الحويصلية من الطفح الجلدي وان حصل مع تكون النضج السائل تكون أخلية بشرية جديدة بكثرة اى قبح تكونت اشكال الطفح الجلدي البثرى وبالجملة فهناك اشكال من الالتهابات الجلدية فيها يتضاعف النضج الجلدي بتولد بشري مرضى وهي اشكال الطفحات الجلدية القشرية

ويوجد زيادة عن اشكال تلك الالتهابات الجلدية الناتج اختلافها عن شدة الالتهاب ومجلس النضج اشكال أخرى تنتج عن اختلاف الامتداد وصفته وعن اختلاف سيرها بان كان حادا أو مزمنًا وعن سبب الاصابة المرضية بلجئنا لتمييز عدد عظيم من اشكال الالتهابات الجلدية وسنشرحها في مباحث على حدتها

### المبحث الثالث

\* (في الاشكال الخفيفة من التهابات الجلد الغير المصحوبة) \*

\* (بتمكون حويصلات اى الالتهاب الجلدي) \*

\* (الاييرتماوى المعروف بالاييرتما) \*

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

في هذا الشكل من الالتهاب الجلدي يكون كل من الجسم الحلى وغالبا جوهر الادمة المشأسف من مجلس الاحتقان وارتشاح مصلى وحيث انه بعد انتهائه الايرتما يحصل تقلس في البشرة عادة فن الجائز القول بان هذه الطبقة تكون قد انفصلت من انضمامها بالجسم الحلى بواسطة نضج خفيف حصل أسفل منها لكن هذا النضج لا يكون كافيا في رفع البشرة على شكل الحويصلات والاسباب التي ذكرت في شرح الاحتقان الجلدي وهي درجة الحرارة المرتفعة والتأثير اللاواسطى للاشعة الشمسية والمهيجات

الكيماوية والميخانيكية تحدث ولا بد بتأثيرها المستطيل الشديد التهابات  
 جلدية ايرتماوية وبعض أشكال الايرتما الناشئة عن مهيجات ميخانيكية له  
 أسماء مخصوصة فان كانت الايرتما ناشئة عن احتكاك جزء من الجلد  
 ملاسبين لبعضهما سميت الايرتما بالاحتكاكية وهذا الشكل يشاهد بكثرة  
 عند الاطفال سيما الضعفاء منهم في الميازيب الجلدية للاعضاء التناسلية  
 وخلف الاذنين والعنق وخلف الثديين والساقين عند النساء السمان جدا  
 وان حصلت الايرتما بين الاليتين عقب احتكاكهما ببعضهما في أثناء المشي  
 المستطيل سميت بالاييرتما الاحتكاكية أيضا وأما الايرتما التي تحصل  
 في الامراض المستطيلة بضغط الفراش سيما في القسم العجزى والمدورى  
 وغيرهما من الاجزاء البارزة من الجسم فتسمى بالاييرتما الوضعية والتي  
 تحصل في احوال الاستسقاء اللحمي العظيم بشدة تؤثر بالجلد أو جروحه  
 السطحية تسمى بالاييرتما التورمية وعند وجود سييلانات مستمرة من الانف  
 أو من المتخمة كثيرا تحصل الايرتما بسبب تندبة الجلد المستمرة بالافرازات  
 الحريفة في الشفتين والانف أو في القلفة والصفن والجهة الانسية  
 من الفخذين عقب تسقية الجلد بالبول السائل بدون ارادة وتسمى بالاييرتما  
 التهبجية

وزيادة عن أشكال الايرتما المذكورة الناشئة عن مهيجات موضعية تشهد  
 ايرتما ذات انتشار وسير دورين مخصوصين أسبابها مجهولة علمينا وهذا  
 الشكل كثيرا ما يحصل حصولا ذاتيا في بلادنا وله ميل عظيم لنكسات دورية  
 وقد شوهد في بعض البلدان (كالقسطنطينية وباريز ومصر) منتشرا  
 انتشارا وبائما وتسمى بالانتشارية

### الاعراض والسير

الاييرتما الناتجة عن مهيجات موضعية تصف بيقع محمرة قليلة البروز يتلاشى  
 اجرارها من دائرتها شيئا فشيئا وينتقع لونها عند الضغط عليها فيكتسب  
 لونا مصفرا وعند زوال الضغط يعود اجرارها وتكون مجلسا للمحرق  
 متفاوت في الشدة فان زال التهيج الذي أدى لحصول هذا الطفح بسرعة  
 زال اجرار الجزء المتهب وانتفاخه في أيام قليلة وينتهي هذا المرض

بتفلس خفيف في البشرة وأما إذا لم يزل السبب المهيج والاستتغال تأثيره  
واشتداد نقي الالتهاب الا يرتماوى الى أشكال ثقيلة فينشأ عن ذلك  
اضطرابات غذائية أخرى فينتج عنها الا يرتما التسمسية وتحصل حويصلات  
على سطح الجاد في أحوال الحرق وفي أحوال الا يرتما الاحتسكا كية يمكن  
أن تزول البشرة والاي رتما التوربية يمكن أن تؤدي لغنغرنيا الجلد

وأما الا يرتما الذاتية أو الماصلة بدون أسباب معلومة فيجاء بها في الغالب  
ظهر اليدين والقدمين وقد تحصل في غير هذه الاجزاء من الاطراف  
بئ وفي الجذع والوجه في أحوال نادرة لكن لا يدمن اصابة ظهر اليدين  
والقدمين معا وقد نبه الشهير (هيبر) على أهمية ذلك في التشخيص  
ويشاهد في المحال المذكورة ابتداء احمرار وانتفاخ منتشران مستويان  
لكن عا فر يب يشاهد حلمات أو درنات صغيرة مجردة كثة أو مجررة ضرقة  
على القاعدة المحمرة المنتفخة وحينئذ يسمى هذا المرض بالاي رتما الحلمية  
أو الدرنية وهذا الطفح قد يكون عند بعض الاشخاص مصحوبا باحساس  
حرق في المحل المريض أو بظواهر حية أيضا في بعض الاحوال ثم بعد أيام  
قليلة ينتقع محيط هذه الحلمات ويزول انتفاخه ثم يصغر حجمها وينتقع لونها  
ثم تزول وحينئذ تتفلس البشرة وينتهي سير المرض في ظرف ثمانية أيام  
أو ١٤ يوما وكل من اللون المزرق لتلك الحلمات واللون المصفر للجلد الذي  
يبقى بعض زمن بعد زوالها يدل على انه في احوال الا يرتما الحلمية ينضم ولا بد  
لنضج الخفيف في الجلد انسكاب نموى خفيف أيضا

وقد تستمر الا يرتما الحلمية وتستطيل مدتها بعض اسابيع أو أشهر وتمتد من  
المحال المصابة ابتداء الى أجزاء أخرى من الجسم وان تكون في دائرة الطفح  
الابتدائي حلمات أو درنات جديدة مع زوال التغير المرضي الاصل في المركز  
سميت الا يرتما بالحلمية والداثرية وان بقي في مركز تلك الحلمات صفر مجر  
سميت الا يرتما بالقزحية او الحلمية وان تلامست الحلقات والداثرية بعضها  
في اثناء امتدادها وانقطعت داثرتها في محل ملاستها ببعضها تكونت  
حينئذ اشكال قوسية غير منتظمة وحينئذ تسمى الا يرتما بالقوسية  
وهذه الاسماء يتكرر ولا بد ذكرها في غير هذا الطفح من الطفجات

الجلدية التي فيها تمتد التعبير المرضي من دائرة الطفح الابتدائي ويزول في المركز أي في الاصفار المصابة ابتداء فالاشكال المختلفة التي تكون على الجلد حينئذ لا تكون عبارة عن اشكال مختلفة من تعبير مرضي بل امتدادات مختلفة منه

ويوجد شكل مخالف للايرتما الجلدية أو الدرنية وهو الايرتما العقدي وهذا الشكل يشاهد بكثرة عند الشبان وعند النساء أكثر من الرجال ويجلسه على الخمص والاطراف السفلى لسمانتي الساقين وهي تنشأ عن ارتشاح قليلة الامتداد ومحدودة في الطبقات الغائرة من الجلد مصحوبة بارتشاح دموي فيشاهد ابتداءه قد مستديرة في حجم البندقة أو الجوزة مغطاة بجلد قليل الاحمرار مؤلم عند اللمس ولها مشابهة عظيمة بالتهقرات التي تنتج عن الضربات أو السقطات (أي الالتهاب الجلدي الرضي) والتلون الوردي للجلد يكتسب دكنة شدا فسيتم يستحيل الى لون يتفسحجي ثم مزرقي ثم مخضر ثم مصفر وهذا التتابع في التلون يشاهد أيضا في أحوال الانسكابات الجلدية الدموية الجرحية والاييرتما العقدي تؤدي ولا بد لا اضطراب عمومي حتى به يحصل ضعف للمرضى ويلتجئون للازمة الفراش ثم ان مدة هذا المرض تمتد من ٨ أيام الى ١٤ وتنفاس البشرة هو الانتهاء الاعتيادي لهذا التعبير المرضي ويندران تمتد مدة الايرتما العقدي جملة شهر وذاك بان تظهر تعقدات أخرى من هذا الشكل بعد زوال العقد الاولي عقب تفلسها

### المعالجة

أما الايرتما النشئي عن مهيجات موضعية فلا تستدعي في الغالب الاتبعيد الاسباب المضرة التي نتجت هي عنها فانما اذا التزول بسرعة وعند وجود آلام شديدة محرقة ينبغي استعمال كمادات من الماء البارد أو ماء الرصاص وفي الايرتما الاحتكاكية ينبغي ان يذر على الاجزاء المربضة مساحيق ناعمة لاجل تجنب احتكاكها على بعضها واكثرها استعمال انشاء الارز الناعم ومسحوق الكبريت النباتي المضاف اليه زهر الخارصين

مسحوق زهر الكبريت النباتي — ١٥ جرام أعني نصف أوقية  
 زهر الخارصين — ٥٢ — أعني نصف درهم



او بان يوضع بين تلك الاجزاء رفايد مدهونة بمرهم زهر الخارصين او وسايد من  
 نسالة مدهونة به واما الايرتقا للوضعية فالاجود فيها صيانة الاجزاء المعرضة  
 للضغط بمخدرات حلقيه من الصمغ المرن بمثلثة بالهواء وان كانت الايرتقا  
 ناشئة عن تندية الاجزاء بسوائل مهيجية وجب طلاؤها بمرهم ملطفة لاجل  
 صيانتها عن تلك السوائل الحريفة وكذلك الايرتقا الحلية لا تحتاج لمعالجة  
 مخصوصة واما ان كانت مصحوبة بحرقان شديد ينبغي استعمال المكدمات  
 الباردة الرصاصية واما الايرتقا العقدية فتلاحظ فيها الحركة الحلية والحالة  
 العامة للمريض ويمكن استعمال مكدمات من الماء البارد أو ماء جوار

﴿المبحث الرابع﴾

\* (في الالتهاب الجلدي الحسري أو الحمة الجلدية) \*

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

الالتهاب الجلدي الحسري يتصف بالاحتمقان الشديد للجلد وبارتشاف مادة  
 مصلية غزيرة في جوهره والمنسوج الخلوي الكائن تحته وكثيرا ما يكون بين  
 الادمة والبشرة وبقلة ميل هذا الالتهاب للتمهيج وتكون خراج وأيضا يتصف  
 باشتراك دائم للاوعية والعقد الليفية المجاورة للالتهاب ويمكن  
 أن يحصل في ائناسه الالتهاب الجلدي الحسري تمزقات وعائية وأنزفة  
 في الجلد وعلى سطحه اسائب وقد يترقى التغيير الالتهابي في بعض الاحوال  
 ارتقاء عظيم بحيث تقع الاجزاء المصابة في الغنغرينا

ومن الخطأ القول بان كل مؤثر مهيج على الجلد يحدث فيه التهابا جلديا  
 حريا يمتد أثر بشدة قوية فان مقارنة الالتهاب الجلدي في الحمة الجلدية  
 بالتهابه الناشئ عن وضع منقذ يتضح منه عدم مماثلة هاتين الحالتين  
 لبعضهما ولو وجد في كل منهما ما تكون حو يصلى كما وان كلاما من الحرق  
 والاصابات الجلدية الميخانيكية وغيرهما من المؤثرات المهيجة الموضعية  
 لا ينتج عنه اضطراب غذائي التهابي مماثل للحمة الجلدية بل ينتج عنه  
 تكون حو يصلات بدون نضج غزير في جوهر الجلد والمنسوج الخلوي تحته  
 أو فساد كلي في جوهره متى كان تأثيره بشدة ومن الثابت في أغلب أحوال  
 الحمة الجلدية ان الالتهاب في هذا المرض يمتد من جدر الاوعية

اللينفاوية المتتهبة الى المنسوج الخلقى المحيط بها فمن هذا القبيل الحمرة  
 الجلدية الناشئة عن اصابة الجلد اصابة جرحية مع تلقح جوهر مهيج أو سم  
 في آن واحد وفي مثل هذه الا-وال يمكن الاثبات بدون واسطة ان الجوهر  
 المهيج السم امتص ابتداء من الاوعية اللينفاوية وحدث التهابا في جدرها  
 وان الحمرة الجلدية حصلت - ولا تابعيا فانه يشاهد في الابتداء أحيطة  
 محررة ذات انتفاخات عقدية ثم يتضح فيما بعد الاحمرار المستوي المنتشر للجلد  
 وانتفاخه ويعتبر من هذا القبيل أيضا الحمرة الجلدية الناشئة عن  
 امتصاص مواد صيدية أو افرازات جرحية مهيجة لجلد الاوعية اللينفاوية  
 تمهيج التهاب او الناشئة عن امتصاص محتصل خراج آيل للفساد والتحلل  
 ونشير بذلك ما يسمى بالحمرة الجلدية التسممية فان هذه الحمرة عبارة عن  
 التهاب جلدي يتصف بجميع اوصاف الحمرة الجلدية ولا تشك في كونه  
 ناشئا عن امتصاص السائل المنث لاجد الخاويف السخية أو الاسنان  
 المسوسة وامتداد هذا الالتهاب من جدر الاوعية اللينفاوية المتتهبة  
 الى الجلد المحيط بها والتجارب المعهولة من انه ينضم في بعض المرساتانات  
 زمنا فز من الى الجروح الواهية جدا بل الى محل عض العلق التهاب جلدي  
 جرى بوجهه بمهولة بالكيفية الذاتية وهي

ان الجواهر التي تمتصها الاوعية اللينفاوية تمهيجها وتلهبها لانه لا ينبغي  
 على الدوام أن يكون نفوذها في الجلد بالتلقيح او ان يكون من تحلل وفساد  
 افراز جرحي او الصديد المجمع في خراج بل ان تلك الجواهر قد توجد في الهواء  
 المحيط بالجروح او في قطع الجهاز المغطاه ثم اتنا وان اعتبرنا الامر الثابت  
 المحقق حصوله في عدد عظيم من الحمرة الجلدية ومنشأها بواسطة امتداد  
 الالتهاب من جدر الاوعية اللينفاوية الى جوهر الجلد الا اننا نعتقد ان جميع  
 انواع الحمرة الجلدية تنشأ بهذه الكيفية بل اننا نقول ان منشأ الحمرة  
 الجلدية الذاتية اعنى الطفحجية بهذه الطريقة غير قريب من العقل فان  
 الالتهاب الجلدي الحمرى الذي يطرأ على الاشخاص السليمة من قبل  
 ويصيب على الخصوص كلامن الرأس والوجه على شكل مرض اصلى اى  
 ذاتى يشابه بالسكية للالتهابات الذاتية الاخرى التي تصيب الاشخاص

السليمين من قبل وتعتبر امراضا اصلية اى ذاتية كالاتهاب الرئوى  
والبيلميورواوى والخجورى والذئبة الباعومية ونحو ذلك ولبس عندنا ادنى  
سبب ولا وجه فى عد الحمرة الذاتية او الطفحية مرضا من جملة الحميات  
الطفحية الحادة واعتباره من جملة الامراض التسممية الانتشارية بل ميل  
الحمرة الجلدية الذاتية للنكسات وتردها عند الشخص المصاب بها جملة  
من اثبات قوى لعدم مشابهة الحمرة الجلدية للقرمزية او الحصبة  
او الجدري ودليل قطعى ضد الرأى القائل بالمنشأ التسممى لهذا المرض

واسباب الحمرة الجلدية الطفحية غير واضحة كاسباب الاتهاب الرئوى  
وغيره من الاتهبات السابق ذكرها فانه لا يمكن اثبات مؤثرات مضره  
موضعية تحدث هذا المرض كلامراض المذكورة وعن ذلك يقال بالنسبة  
لتأثير البرد والتباغذ عن التذير الصبحى وغيره من المؤثرات المضرة والذي  
يظهر ان له تأثيرا فى احداث هذا المرض هو الانفعالات النفسية خصوصا فى  
الشخص الذين اصابوا به سابقا وفى الغالب تظهر الحمرة فى بعض الازمنة  
بدون اسباب مة مدركة كالاتهبات الرئوية والذئبات وغيرها من  
الاتهبات التى تسلطن وتحدث ما يسمى بالبنية المرضية اى الحالة الوبائية  
فتصيب اشخاصا عديدة وهل هذا المنشأ المجهول الكثير من الامراض  
الاتهابية ينتج عن اصابة مرضية عمومية تبقى قاصرة فيما بعد على اعضاء  
مخصوصة او عن اضطرابات غذائية موضعية ابتدائية فى الاعضاء المذكورة  
امر مجهول علينا وكذا بالنسبة لميل الحمرة الجلدية ورجوعها باسمولة عند  
الشخص المصاب بها من قبل امر تطابق فيه الحمرة الجلدية الاتهاب  
الرئوى وغيره من الاتهبات الاخرى والحمرة الجلدية الطفحية بكثير  
حصولها فى السن المتوسطة من الحياة وتكثر مشاهدتها عند النساء دون  
الرجال وفى الفصل الحار من السنة اكثر من البارد منها

#### في الاعراض والسير

الاتهبات الجلدية الحمرية الناشئة عن مؤثرات ظاهرة من معلقات  
علم الجراحة فلا تكام هنا الاعلى اعراض الحمرة الذاتية اى الطفحية  
وسيرها فنقول

الظواهر الموضوعية تسبق في كثير من احوال الحمرة الذاتية ببعض ساعات  
او ايام باضطراب بنبي عمومي وحرارة حمية متفاوتة الشدة وحيث ان دور  
المجوم المذكور لا يوجد على الدوام وان الحمى كثيرا ما يتأخر ظهورها عن  
الاعراض الموضوعية فلا ينبغي اعتبار الاعراض السابقة للحمرة الجلدية  
كاعراض الحميات الطفحية كما لا ينبغي اعتبارها كالاضطراب البنبي الحمى  
العام الذي كثيرا ما يسبق الزكام الشديد او كآلم الجنب والسعال اللذين  
كثيرا ما يسبقان حصول الالتهاب الرئوي ببعض ايام والعرض المبرضى  
الابتدائي لهذا الداء هو الاحساس بحرارة وتورتي الجلد الذي لم يبتدئ  
فيه الاحمرار والانتفاخ وفي هذا الزمن كثيرا ما تكون العقد الليمفاوية  
المجاورة منتفخة ومتألمة عند الملامسة وعما قبل بحمر الجلد وابتدئ انتفاخه  
ويكون الاحمرار في الابتداء مبغعا وعما قبل يبصر متغيرا دكلا ويزداد  
الانتفاخ ويرتقي بسرعة الى درجة عظيمة جدا خصوصا في المحال التي فيها  
يكون الجلد مثبتا بمسوح خلوي هش في الاجزاء الغائرة ولذا يشتد انتفاخ  
الاجفان في احوال الحمرة الجلدية الوجهية ويكتسب الجلد بسبب  
ما اعتراه من التور الشديد ملاسة واعانا واخمين ويزداد الاحمرار والانتفاخ  
تزداد كذلك الآلام المحرقة المؤثرة في الاجزاء المربضة ويكاد لا تنفذ في هذا  
الزمن الحمى الشديدة وتثور في المساء ثورا ناقويا والنبض يكون همتلما  
وسرعته من ١٠٠ الى ١٢٠ ضربة في الدقيقة وتصل حرارة  
الجسم الى درجة ٤٠ مئوسية او ازيد ويشتد العطش وتفقد الشهية  
وحيث انه في احوال الحمرة الوجهية تشترك الاغشية المخاطية للمجاورة  
للجلد الملتهب في الالتهاب كالغشاء المخاطي الفمي والانساني فلا بد  
وان توجد ظواهر النزلة الفمية الشديدة فيكون اللسان مغطى بطبقة كثيفة  
جافا عند اشتداد الحمى والطبقة البشرية المنفسدة المغطية له تنتشر منها  
رائحة كريهة ويكون طعم الفم عجيبا او مررا والحمرة الجلدية ولو اصبحت  
زيادة عن الاعراض السابق ذكرها بظواهر سوء الهضم وفساده لا ينبغي  
الحكم بانها ناتجة عن حالة تليقية معدية أو صفر اوية فان اضطرابات الهضم  
تسكاد تصاحب جميع الامراض الحمسية ولو بدرجات متفاوتة ويضطرب

نوم المريض باحلام من عجة وقد يحصل الهديان ويندر ان يكون ناتجا عن  
 مرض في السحايا والغالب أن يكون متعلقا بالحركة الحمية ويصل  
 كل من انتفاخ الجلد واحمراره في اليوم الثاني والثالث الى أرقى الدرجات  
 وفي احوال الحمرة الجلدية الوجهية تكون المرضى في اثناء هذا الزمن  
 متغيرة السحنة بالسكينة حتى تسكاد لا تعرف ولا يمكنها فتح الاجفان المبارزة  
 المنفخة انتفاخا أو ذميا ويا وكثيرا ما تكون الطبقة البشريّة مرفوعة في بعض  
 المحال على هيئة حويصلات صغيرة او عظيمة جدا وفي محال أخرى تكون  
 تلك الحويصلات قد انفجرت وجفمت وصلها وباحتلاطها مع بقايا البشرة  
 تكون قشور امصفرة وليس من الضروري وضع اسماء عديدة مختلفة للحمرة  
 الجلدية بحسب درجة الانتفاخ ووجود الحويصلات او فقدها او عظم  
 حجمها واختلاف متصلها وتسمى الحمرة تارة بالاذيمائية وتارة باليرثماوية  
 وتارة بالحويصلية وتارة بالقعاغية وتارة بالقشرية وفي اليوم الثالث  
 والرابع يصير الاجرار باهناعادة ويهبط الورم ويزول تور الخويصلات  
 الباقية ومثصلها اما ان يمتص او يجف على هيئة قشور وتزول الآلام  
 والالتهاب الجري في اثناء تناقصه في الاجزاء المصابة به ابتداء يكاد يمتد  
 على الدوام الى الاجزاء المجاورة قو يشتمد فيها حتى يصل الى اقصى درجة ولذا  
 ان المريض المصاب بحمرة وجهية كثيرا ما تشتمد كابداته حتى ابتدأت الحمرة  
 في الخفة من الوجه وكل من تغير السحنة وانتفاخ الاعين ناشئ عن اصابة  
 فروة الرأس بالحمرة الجلدية فانها كثيرة الحساسية والتألم من التورث  
 الالتهابي بسبب شدتها وبها وقلة تمددها وامتداد الحمرة الجلدية بقطع  
 النظر عن الحمرة السيمارة (اي الانتفاغية) يكون قاصر في العادة على  
 اجزاء قليلة الامتداد من السطح الظاهر من الجسم بحيث ان الحمرة  
 الجلدية وان كانت تمتد على الدوام الى الاعين والاذنين وما جاورهما  
 من اجزاء الرأس والعنق لكن لا تمتد بكثرة من تلك الاجزاء الى  
 القفا والجذع وبحسب ذلك وكون الحمرة الجلدية الذاتية تظع سيرها  
 في الاجزاء المصابة بها تكون مدة هذا المرض ٨ ايام او ازيد من ذلك بقليل  
 والتغير المرضي لهذا الداء ينتهي بتفلس البشرة على هيئة وريقات عريضة

ولوفى المجال التي لم يوجد فيها حويصلات وبه ذلك يسقط شعر المرضى  
 اذا كانت فروة الرأس مصابة فان الشعر يحصل فيه تخلخل من النضج  
 المتكون في بصماته وينفصل منها لکن لا يخلف الحمرة الجلدية اضطراب  
 غذائي في بصمات الشعر ولذا يزول الصلع الذي ينتج عن هذا المرض  
 في زمن قائل وفي بعض الاحوال التي فيها تنتهي الحمرة الجلدية بالتقيح  
 يشاهد التئوج في صفر أو جملة اصفار لاسيما في الجفنين وذلك في الزمن الذي  
 تكون فيه الاجزاء المحيطة قد زال تلونها وانتفاخها ويخرج بعد الفتح  
 بالصناعة او الانفتاح البطيء للخراج من ذاته قيح مصفر جمدنا لبا فيحصل  
 الشفاء بسرعة والنضج الدموي الذي ينتج عنه يكون محرقا فيتحصل  
 الحويصلات وان كان ليس من العلامات الرديئة دائما الا انه يسبق في بعض  
 الاحوال بانسداد تام في الاوعية الشعرية للاجزاء المتهبة يؤدي للغنغرينة  
 وعند حصول الغنغرينة الجلدية التي يكثر في احوال الحمرة الجلدية  
 العرضية الخبيثة ويقل في احوال الحمرة الجلدية الذاتية يكتب متحصل  
 الحويصلات لونها سودا ويستعمل قاعها الى خشك يشه سنجابية متغيرة  
 اللون وتغير حالة المريض العمامة وترتفع الحرارة جدا ويصغر النبض  
 ويصير سريعا ويحصل انحطاط ثقيل يمكن أن تنطفئ فيه الحياة بل  
 وفي الاحوال الحميدة جدا للحمرة الجلدية الغنغرينية تستطيل مدة المرض  
 زمانا طويلا فان فقد الجـ وهو المخاف عن اتلاف اجزاء الجلد المتغفرة  
 لا يشفي الا ببطء عظيم

ثم ان الحمرة الجلدية كثيرة اما تضعف بتلات شبيهة أومعوية واحيانا  
 باحتقانات كلوية عظيمة او بالتهاب نرني يسرى الى القنوات البولية  
 واهم من تلك المضاعفات واخطر منها ضعف الحمرة الجلدية بالتهاب  
 السحايا ولا يعتبر الحاصل في هذه المضاعفة نوع انتقال بل انما يسمى  
 بارتداد الحمرة الجلدية هو نتيجة الحالة المرضية الشبيلة والانحطاط في  
 الاحوال المهلكة ينسب لها

واما الحمرة الجلدية السبارة والاتقالية فانها تصيب الاطراف عادة  
 وتجه في امتدادها نحو الجذع والرأس وفي العادة تمتد وتنتشر بهذه الكيفية

بحيث ان التغيير المرضي عند انطفائه من محل مصاب ابتداءً يمتدئ في محل  
 مجاور له واند من ذلك حصول انتقال الحمرة الجلدية من المحل المصاب الى  
 محل آخر بعيد عنه ونزك اجزاء سليمة من الجلد يدهم ما كثيرة الامتداد  
 او قليله وكل من الاحتقان والانتفاخ في الحمرة الجلدية السيارة لا يصل  
 عادة الى درجة عظيمة ككافي الشكل السابق من هذا المرض وكان الاحمرار  
 والانتفاخ يشتهد في المركز في هذا الشكل ويزول شيئاً فشيئاً في الدائرة تكون  
 اجزاء الجلد المحيطة للاجزاء المصابة بالحمرة السيارة هي الاكثر احمرارا  
 وانتفاخا وكذا الحمى التي تصاحب هذا الشكل من الحمرة وان كانت  
 درجاتها متوسطة عادة لكن حيث ان هذا المرض يمتدئ ايسر بل وأشهر  
 (وفي هذا الزمن قد تعود الحمرة في اثناء سيرها الى المحل التي تركتها وتصيب  
 المحل التي أصابها ابتداءً) فالدرجة المتوسطة للحمى تكفي في انتهاك  
 قوى المريض وتهديد الحياة بالخطر

### ✽ المعالجة ✽

يستعمل لاجل الوقاية من الحمرة وسائط عديدة تعرف بالوسائط العلاجية  
 السمباتوية بل وكثير من الاشخاص المتفطنين والمستنيرين يحملون أنواعا  
 عديدة من المواد المعروفة (عند المصريين) بالمشاهرة لاجل وقايتهم من  
 الحرة أو لاجل دفعها وطردها عند الاصابة بها وحيث ان سير هذا المرض  
 دوري ويكاد ينتهي على الدوام اثناء حمى فكل حالة جديدة من الحمرة تعتبر  
 بالنسبة للاشخاص الذين يميلون للاعتقادات الفاسدة دليلا قاطعا قويا  
 على جودة الطريقة العلاجية السمباتوية المستعملة وحيث لا يجدي نفعا في  
 مثل هذه الاحوال النهى عن ذلك ولا الامور المفضية للتشكر ان أريد  
 مضاربة الاعتقادات السهلة الفاسدة وان الوسائط السمباتوية المستعملة  
 لدفع الحمرة فيها منفعه وهوان المرضي تصبر مع الأمن من تأثير تلك  
 الطرق ولا تبحث عن وسائط علاجية مضره فالذي نوصي به في مثل  
 هذه الاحوال عدم التعرض لاعتقادات العامة الذين يعتقدون في جودة  
 الوسائط العلاجية السمباتوية وعلى كل حال فمثل هؤلاء المرضي يحسون  
 براجحة اكثر مما اذا استعمل الطبيب لهم المقيات بسبب تغطية اللسان

والرائحة المنتنة للغم كما يفعل بكثرة في كل حالة جريته ووجهية وأجودها إذا  
استعمل عند المرضى مضادات الالتهاب الظاهرية والباطنية أو بما  
إذا استعمل لهم وسائط مهيجة على الجلد المتهب منعاً وخوفاً من ارتداع  
الحمية ولكن وإن كان الأجود والموصى به في أغلب أحوال الحمرة هو ترك  
المرض ونفسه لأنه لا يمكن إيقاف سيره وقطعه وينتهي في الغالب بالشفاء  
بدون أدنى معالجة أو بمجرد تغليف الأجزاء المتهبة بالقطن الناعم إلا أنه مع  
ذلك قد تضر أعوارض تستدعي طرقاً علاجية قوية ففي أحوال التوتير  
الشديد المؤلم للجلد قد أوصى المعلم (اسكودا) بالوضعيات الباردة  
على الجلد المتهب بواسطة الكمادات بالماء البارد أو الماء الجليدي لكن  
حيث إن الطبيب يجد بذلك عاقبة عظيمة ما بسبب الاعتقاد الفاسد  
المتسلطنة على عقول العامة وحيث أنه كما حصل عارضاً خطر عند استعمال  
هذه الطريقة العلاجية تنسبه العوام ولا بد لتلك الطريقة فالذي نوصي به  
لأجل راحة المريض وهو دعاء بل بقصد اطمنانهم واهلهم وحفظهم من  
التأسف ترك ذلك ويستعمل بدلاً عن التبريد الضغط الخفيف أو التشریط  
الذي يقي الصغير جداً فإن النتيجة واحدة وكذا يزول الانتفاخ المؤلم في زمن  
قليل عقب طلاء الجزء المتهب المصاب بالحمرة بالكولوديون واحداث ضغط  
خفيف عليه كما يزول به هذا الانتفاخ المؤلم أيضاً عقب نعل التشریط الذي يقي  
بسبب الريشة مثلاً في الجزء المصاب ويظهر كذلك إن استعمال الحجر الجهنمي  
الذي تمس به الأجزاء المتهبة هي وما ولها جملة سرات أو يجلول مركب  
من نترات الفضة ٥ جرام وحمض النتريك ٨ نقط على ١٥ جرام  
من الماء (اعني نصف أوقية) له تأثير مشابه لذلك وأما تحديد الأجزاء المصابة  
بالحمرة بمس الأجزاء المحيطة بها بواسطة الحجر الجهنمي الذي كان يوصى به  
سابقاً بكثرة منعاً لامتداد الحمرة فلم يتم تحقق من جودته وترك الآن في العصر  
المستجد وأهم الأور في معالجة هذا المرض والمعنى به هي الحمى ولا سيما  
الحمى المتوسطة الشدة المستطيلة المدة التي تصاحب هذا المرض خصوصاً  
في شكله السيمار وهنا يستعمل بنجاح السكينين ومركبات السكينين ومن الجيد  
في مثل هذه الأحوال استعمال اغذية لطيفة مقوية مع التبريد القوي



فانه وان اوصى كل من المعلم (ويليان وويليامس) في معالجة الحمرة باستعمال الزبيد البورت بان يعطى منه من ١٢٠ الى ٢٤٠ جرانا أعنى من اربع اواق الى ٨ كل يوم وذكر انه شاهد شفاء اخطر حالة من احوال الحمرة الوجهية بهذه المعالجة فما يوجه ذلك الا بكونه في مثل هذه الاحوال التي فيها تنك الحمى قوى المريض يحصل ولا بد نفع عظيم من اعطاء المشروبات الكؤلية بمقدار عظيم

واما غير ذلك من المضاعفات كالالتهابات الالهائية فانها تعالج على حسب القواعد المعلومة واما الاجتهاد في ارجاع الالتهابات الجلدية المرتدة كما كان يقال سابقا بواسطة الحرارة فيقوي أو غيرهما من المهيجات الجلدية فلا فائدة فيه ولا ينبغي الايصاء به واما الخراجات والتهتكات الغنغرينية للجلد فينبغي معالجتها بحسب قواعد الجراحة

### المبحث الخامس

\* (في الهربس المعروف بالالتهاب الجلدي السطحى ذى السير الحاد) \*  
(الذى تتكون فيه جملة حويصلات من تفعة على الجلد)

### كيفية الظهور والاسباب

الهربس يقرب من الحمرة الجلدية في كونه التهابا جلديا عاديا ينتج عن اسباب غير معلومة الا أنه يتميز عنها اولاً بالحداده الواضح ويجلس الالتهاب القاصر على الطبقات السطحية للجلد وعرفه المشير (هيرا) بانه مرض جادى ذو سير حاد دورى مصحوب بارتشاح مخصوص وهذا الارتشاح يتجمع اسفل البشرة على شكل نقط صغيرة فيرفعها بحيث لا يكون مطلقا حويصلات متفرقة بل مجموعة على الدوام وهذه الحويصلات تكون ذات شكل وحجم متساويين ومدتها قصيرة ومجموع تلك الحويصلات لا يتكون في آن واحد بل في ظرف بعض ايام بحيث يوجد منها تجمعات كثيرة بجوار حويصلات متجمعة منطبقة وكثيرا ما يشاهد في اثناء سيره شكل من الالتهابات الرئوية والحميات المتقطعة والالتهابات الالهائية الدماغية الشوكية الوابائية وغيرها من الامراض الحمية ظهور طفح هربرى في الوجه لاسباب في الشفتين ولا يشاهد

هذا الطفح في غير ذلك من الامراض الثقيلة لاسيما التيفوس البطني ومن  
المعتقد من منذ زمن طويل ان ظهور الطفح الهر بسى الوجهي في الامراض  
الحمية علامة حميدة بالنسبة للانذار ولذلك يسمى بقبلة الشفاء ومن الجائز  
أن يكون السبب في هذا الاعتقاد ان الامراض التي ينشأ عنها هذا الطفح  
على الدوام او هو الغالب كثيرا ثم اؤها بالشفاء دون الامراض التي لا يشاهد  
فيها هذا الطفح مطلقا او يشاهد فيها نادرا وقد يحصل الطفح الهر بسى  
عند اشخاص سليمين من قبل ذلك وبدون الامراض السابق ذكرها  
واما الهر بس المنطقي فمن المحقق الآن انه ينشأ عن اصابة مرضية في  
الغريعات العصبية المغذية التي تسير في آن واحد مع الغريعات الحساسة  
والحركة لعصبها. وأما القول بان لكل نوع من الهر بس منشأ مشابها  
لذلك بمعنى ان الهر بس الشفوي مثلا ينشأ عن اصابة مرضية لفرع عصبى  
صغير فهو ذالم يتأ كدمنه الى الآن

### بعض الاعراض والسير

يتميز الهر بس بحسب المحل المصيب له الى شفوي وغيره فالشفوي هو الذى  
يكون مجلسه الشفتين ولا يندران يمتد الى الغشاء المخاطى الفمى وان كان  
يحلس مجموع الحويصلات الهر بسية في اجزاء اخرى من الوجه لاسيما  
الوجنتين والاجفان سمي بالهر بس الوجنى والجفنى واستحسن الشهبى  
(هبرا) تسمية جميع اشكال الهر بس التي تحصل في الوجه بالهر بس  
الوجهى وكذا يسمى الهر بس بالهر بس القلبنى الذى يستحسن تسميته بالهر بس  
الاستحقاقى لانه لا يشاهد في القلفة فقط بل في غيرها من اجزاء الاعضاء  
التناسلية الظاهرة والهر بس المنطقي المعروف بالمنطقة وهو شكل مخصوص  
يتبع في ظهوره وامتداده سير الاعصاب الجلدية فان ظهر في الصدر يكون  
جميع حويصلاته نوع شريط عريض منطقي مستمر او متقطع يبتدى من  
فقرة محدودة ويتبع سير احدى المسافات الضلعية نحو القص ويكاد يوجد  
دائما هذا الشكل في احدى جهتي الصدر وان كان مجلس المنطقة  
البطنى وظهرت على جدره امتد مجموع الحويصلات في اتجاهه شابا للمنطقة  
الصدرية بمعنى انه يبتدى من احدى الفقرات القطنية ويمتد نحو الخط

المتوسط من البطن أو جبل الزهرة وان كان مجلسه القفا تكون عنه اما نصف  
 دائرة حول العنق او ان مجموع الحويصلات يمتد الى اسفل نحو الضلع الثاني  
 والمنطقة الوجهية تمتد تابعة لسير العصب الوجهي سيما على الوجه الى سطح  
 الانف والمنطقة الرأسية تمتد على مسير العصب فوق الحاجج من الجبهة نحو  
 الرأس او على مسير العصب القمجدوى في الجزء الخلفي من الرأس وكذا في  
 المنطقة العضدية والفخذية يمتد الطفح على مسير الاعصاب الناتجة من  
 الضفيرة العضدية أو الفخذية أو الوركية وفي جميع اشكال الهربس يتسدى  
 الطفح باحساس بألم لا يكون عادة محرقا بشدة في الاجزاء المصابة من الجلد  
 ثم عما قليل من الزمن تظهر نقط عديدة محجرة واضحة تحتلط ببعضها وتكون  
 لظن مختلطة غير منتظمة وتغطي عادة في اليوم الثاني لظهورها  
 بحويصلات صغيرة شفافة ومتحصل تلك الحويصلات التي يندران يفوق  
 عظمها حجم العدسه والحصة يتعكر في اليوم الثاني او الثالث ويصير  
 لبنييا ويحمر لاختلاطه بالدم وفي اليوم الثالث او الرابع تأخذ الحويصلات  
 في الانطفاء وفي اليوم التالي لذلك يجف مقصاها وتسهل جدرها الى  
 خشك يشبه مسرة تنفصل بعد الطفح الاول بعشرة أيام او اربعة عشر يوما  
 فيخلفها بقمة تبقى محجرة مدة من الزمن ومغطاة بطبقة بشرية خفيفة  
 والالام الموجودة من ابتداء ظهور الهربس وان كانت غير محجرة  
 بشدة تزول عادة في الزمن الذي فيه تأخذ الحويصلات في الهبوط  
 والهربس المنطقي قد يصطبب باضطراب عام حتى ومن النادر أن يسبق  
 هذا الاضطراب بظهور الحويصلات كالاضطراب العام الحمى الذي يسبق  
 الحمرة وارتشاح الجلد الاتهابي واما باقي اشكال الهربس فانها تسير  
 بدون حمى والحمى التي تصاحبها لا تكون متعلقة بالهربس بل بالمرض  
 الاصلى الذي ينضم اليه هذا الطفح سيما الهربس الوجهي وزيادة عن  
 الاشكال المذكورة من الهربس يميزه شكل حلقى وشكل قرصي  
 والتقسيم الذي انبثق عليه هذا التمييز ليس هو محل الاصابة كما في الاشكال  
 السابق ذكرها بل هو وضع الحويصلات واصطفافها وهذا مماثل بالسكلية  
 وضع الحلمات في الابرتما الحلقية والقزحية ففي الهربس الحلقى تظهر

الحويصلات على شكل حلقة في جزء سليم من الجلد (لكن هذه الحويصلات تكون عادة اصغر مما في باقي اشكال الهربس وتزول بعد ثمانية ايام او اربعة عشر ولا تبتدى دائما بتكون قشور بل قد يمتص متحصلاها ويخلف ذلك نفاس خفيف) واما الشكل القزحي فيوجد فيه في مركز الحلقة الواحدة اوفى مركز جملة منها حويصلة او جملة حويصلات وحويصلات الحلقات نفسها تظهر بأدوار مختلفة الظهور والسير وبالجملة فاعلم اشكال الهربس الحلقى او القزحي تنشأ عن طفيل نباتي

### ✽ المعالجة ✽

حيث ان الاشكال المختلفة من الهربس تكون ذات سير دوري وتزول بعد مضي زمن بدون أن يخلفها نتائج مضرّة وان الآلام والمسكبات التي تصاحبها واهية تكون الطريقة العلاجية المتبعة في اشكال الطفح الهربسي هي الطريقة الانتظارية ويكفي حفظ الحويصلات والخشكر يشات التي تعقب جفافها من الاحتكاك وغير ذلك من المؤثرات المضرّة ففي الهربس المنطقي الاكثر تعرضا للاحتكاك يغطي الطفح بألواح من القطن الناعم وتترك موضوعة بدون نزاعها كما يستعمل ذلك في الحرق السطحي ويوصى بكثرة باتساع هذه الطريقة العلاجية الانتظارية في معالجة الهربس الفلاني وشفاء التسليخات السطحية التي تعقب انفجار الحويصلات هو الدليل القطعي وعليه المعتمد في عدم الخطأ في التشخيص وكون المريض مصابا بالهربس لا بقرحة افرنجية اولية وهذا التشخيص سهل في الاحوال الحديثة فان اجتماع عدد عظيم من الحويصلات واصف للهربس والتسلخ الذي يعقب انفجار تلك الحويصلات يعرف بشكله فانه ناشئ عن انفجار عدد عظيم من الحويصلات واما بعد مكث التسليخ زماما وبيلا لاسيما ان كان قد صار منه من المريض الهروب بالجزر الجهنمي فان التشخيص يعسر ولا يمكن التاكيد منه غالباً بملاحظة سير المرض فان شفي التسليخ بوضع رقادة ميملة بالماء البارد بين القلعة والحشفة وتغييرها مرة او مرتين كل يوم في ايام قليلة اوفى اثنا اسبوع جازم التاكيد في وجود القرحة الزهرية

## \* البحث السادس \*

\* في الالتهاب الجلدي السطحي الحاد المحسوب بتكون درن عليه \*  
 (المعروف بالانجربة)

## \* كيفية الظهور والاسباب \*

يتكون في الانجربة ارتفاعات سطحية محدودة على الجلد قاعدتها اعظم من ارتفاعها القليل جدا وهذه الارتفاعات المسماة بالدرنات الانجربة تنشأ عن ارتشاح الجسم الحلي بمادة مصلية كما تظهر ايضا عن ارتشاح اخلية الشبكة الملبججة ثم ان كلامنا عن الظهور والزوال السريع للارتشاح المحدث للطفح الانجربي كان حقه ان يلجئنا لعدم اعتبار الانجربة من جملة الاضطرابات الغذائية الالتهابية كما وذيما جزئية محدودة في الجلد ذات امتداد وتحدد مخصوصين غير واضحين لولا ان اطلنا على الالتهاب الجلدي في الفصل الذي نحن بصدده على كل تغير نضحي في الجلد سواء ظهر وسار بظواهر التهابية واضحة او بدونها وكذا اعتبارنا الانجربة من جملة الالتهابات الحادة مع ان هنالك احوال افيها تصاب المرضى بهذا المرض جملة من السنين ينبغي على انه في مثل هذه الاحوال لا يوجد تغير مرضي من بل الموجود هي حالة نكسية تتردد بفترات قصيرة لمرض حاد واحد واسباب تكون الدزن الانجربي مختلفة بعضها معلوم وبعضها مجهول وباختلاف الاسباب تميز انواع مختلفة من الانجربة الناتجة عن المهيجات الظاهرة ومن هذا القبيل

\* أولا \* الانجربة التي تنشأ عن التهيج الموضعي للجلد عقب ملامسة نبات الانجربة ووبر بعض الهوام والحيوانات الرخوة ايضا وكذا الناتجة عن لدغ البراغيث والناموس عند بعض الاشخاص عقب هرس الجلد بالظافر

\* ثانيا \* الانجربة الناتجة عن بعض المطهومات وهذا الشكل يحصل عند الاشخاص عقب اكل التوت الارضي أو عقب اكل السرطان البحري او من تعاطي الحيوانات ذات الغلاف الجري وبعض الفطر النباتي أو غيره من المطهومات غير الاعتيادية وفي مثل هذه الاحوال يعد من

النظريات القول بانه وصل الى الدم جوهر خريف أثر على الجلد تأثيرا مهيجا  
ومن الامور المهمة كون تلك الجواهر الغذائية لا تحدث الانجربة الا عند  
أشخاص قليلين وتحدثها عندهم على الدوام تقريبا بعد تعاطيها ومن جملة  
اشكال الانجربة الناتجة عن المطعومات تعد ايضا الانجربة التي لا يندران  
تفسأ عن تعاطي مقدار عظيم من البلسم الكوباني

ثالثا الانجربة الجيبة أو الحمى الانجربة وأسباب هذا الشكل من  
الانجربة المصحوب بحمى شديدة واضطرابات هضمية وله في كيفية  
ظهوره وسيره مشابهة عظيمة بالامراض الطفحية الحادة غير معلومة

رابعاً الانجربة المزمنة واسباب هذا الشكل قليل الحصول مجهولة  
ايضا ويظهر في بعض الاحوال انه ناتج عن استعداد وراثي

خامساً كما عده (هيرا) شكل من الانجربة يكون ولا بد متعاقبا بحالة  
تهيجية في الرحم ويظهر عند بعض النساء في اثناء الحمل وبعضهن في اثناء  
الحيض وفي غيرهن مع الاصابات المرضية للرحم وعقب وضع الفرازج  
في الرحم

#### الاعراض والسير

الحلمات الانجربة ترتفع دائما على سطح الجلد بقاعدة حمرة بواسطة  
الاحتمقان واما الحلمات نفسها فانها تكون في الغالب مبيضة لاسيما في  
الاحوال التي فيها يضغط الارتشاح المصلي على اوعية الجسم وهذا ما يعرف  
بالانجربة البيضاء وتارة تكون متفرقة وتارة محتاطة ببعضها وهذا ما يعرف  
بالانجربة المختاطة طورا تكون مدة تلك الحلمات قصيرة جدا وهي الانجربة  
الوقتية واونة نسته زمنا طويلا وهي الانجربة المستمرة وان كانت الحلمات  
عظيمة باسبة سميت الانجربة بالدرنية فان كانت صغيرة جدا سميت بالحمية  
او بالحزاز الانجربي وان حصل في بعض المحال مع ذلك ارتشاح مصلي على  
السطح الظاهر من الجلد وارتفعت البشرة على شكل حويصلات سميت  
حويصلية وجميع التعقدات او الحلمات الانجربة تصطبغ بالكلان  
شديد متعب يلجئ المريض الى الهرس دائما وهذا الاحساس والعلامات  
المدركة على الجلد هي الاعراض الوحيدة لجميع اشكال الانجربة ما عدا

الانجریة الجیة ومدة هذا المرض تكون قصيرة علی الدوام كبعض أيام  
 اسكن الانجریة المزمنة تتردد منافز منافع فترات قصيرة تستمر مدة  
 اشهر بل وسنين وذلك بان يظهر طفح ذو تعقدات او حلمات بدون أن يستمر  
 كل طفح علی حدته زمانا طويلا والحمى التي تسبق الانجریة او تصحبها  
 ترتقی الی درجة عظيمة بحيث يحف اللسان ويضطرب النوم أو يظهر  
 هذيان وان انضم لهذه الحمى اسهال شديد متكرر يدل علی اصابة الغشاء  
 المخاطی المعوی بحالة مرضية مشابهة لاصابة الجلد اکتسبت صورة المرض  
 شكلا ثقیلا ومع ذلك فان الطفح يزول وكذا الحمى والظواهر المعديّة بعد  
 أيام قليلة ويعقب ذلك نقاهة طويلة

### ✽ المعالجة ✽

لو امکن الصنعة الطبیة زوال كل ان الجلد الشدید فی جمیع الاحوال وعند  
 جمیع المرضى المصابة بهذا المرض الحاد القصيرة المدة الذي يزول من نفسه  
 لترتب علی ذلك ثمرة عظيمة لكن الوسائط العلاجية الموصی بها فی هذه الحالة  
 اجودها غسل الجلد بمحلول حمضی مخفف او دلکة بقطعة من الیون المالح  
 غیر انها لا تنجح فی جمیع الاحوال وكذا البس عندنا جواهر قوية علاجية  
 جيدة التأثير فی الانجریة المزمنة ولذا نقتصر فی هذا المرض علی معالجة  
 الاضطراب البنی العام عند المرضى بواسطة ابرغذائية او علاجية لاجل  
 ازالة اضطراب الهضم وفساده مع منع المشروبات الروحية فانها كثيرا  
 ما تحدث الانجریة عند بعض الاشخاص

### ✽ البحث السابع ✽

\* (فی الاتهاب الجلدي السطحي المنتشر) \*

(المصحوب بنضح مصلي علی السطح السائب من الجلد بدون سيردوري)

\* (المعروف بالاجزيميا) \*

### ✽ كيفية الظهور والاسباب ✽

الاجزيميا اكثر اشكال التهاب الجلد حصولا وهذا المرض يطابق الهر بس  
 فی اورمنها ان الاضطراب الغذائی الاتهابی فيه يكون قاصرا علی  
 الطبقات السطحية من الجلد ويحصل فيه علی الخصوص نضح مصلي علی

السطح السائب من الجلد لئلا يمتد من جهة يساره  
 للامتداد على سطح الجلد فان ذلك واضح فيه ولو في الاجز مما القليلة  
 الامتداد ومن جهة اخرى بسيره غير الدوري وغير المرتبط بازمة معينة كافي  
 انواع الهرس ويمكن مقارنة الاجز مما بالالتهابات التزلية في الاغشية  
 المخاطية فان هذا المرض كما انه اكثر الاصابة المرضية للجلد الظاهر فكذلك  
 الالتهابات التزلية تكون فيها الاصابة المرضية قاصرة على السطح الظاهر من  
 الغشاء المخاطي غالبا وليدت في جوهره وكذا تصطبج بنضج مصل على غزير  
 على السطح السائب منه كما وانها تمتد عادة على سطح متسع وان كانت  
 الاصابة ذات امتداد قليل في الابتداء يكون لها ميل للامتداد ايضا

وحيث ذكرنا ان الاجز مما نوع التهاب جلدي منتشر مصحوب بنضج مصل  
 على السطح السائب منه فن الواضح كثرة تكون حويصلات على الجلد في  
 هذا المرض كما انه من الواضح ايضا ان تكوين الحويصلات ليس عرضا  
 ملازما ولا وصفا ضروريا للاجز مما فانه ان كان النضج الحاصل على السطح  
 الظاهر من الجلد غزيرا بحيث تتكون منه نقط صغيرة وكانت البشرة ذات  
 مقاومة كافية بحيث لا تنشق من النضج حالا وحينئذ تتكون حويصلات  
 نشأ عن ذلك شكل الاجز مما المعبر عنه بالاجز مما البسيطة أو الحويصلية  
 واما ان صار متصل الحويصلات عكرا صفرا قيحا باختلاطها باخيلية جديدة  
 التكوين وهي التي يوجد معها عدد قليل جدا في كل حويصلة واستحالت  
 الحويصلات الى بثر سميت الاجز مما البشرية واما ان كان النضج ليس  
 غزيرا ولا مكمونا للنقط ترفع البشرة أو تفرقها عنه بحيث عادة بعد زمن  
 قصير ثم تنفصل البشرة فيما بعد من الجسم الحلي بواسطة النضج ولذا يرى  
 بدلا عن الحويصلات والبثور قشور جافة ترتفع بسهولة عن الجلد المحمر  
 وهذه الحالة كانت تسمى سابقا بالبتريازيس الاحمر وتسمى الآن  
 بالاجز مما القشرية وبالجلية فان انفصلت الطبقة البشرية بواسطة النضج  
 وصارت الادمة عارية حجرة ظاهرة بدون طبقة بشرية سميت الاجز مما  
 بالاجز مما الحمراء (أو بالنشاعة) وكثيرا ما يحجب النضج المتكون على  
 سطح الجلد بعد انفصال البشرة مكوونا لقشور أو خشك يشات ولذا ان اشكال



الاجز بما النشاعة هذه كانت تسمى سابقا بالسعفة القشرية وبالقشور  
 البنية وبالقشور المخاطية وغير ذلك  
 وقد عد الشهير (هيرا) من جملة اشكال الاجز بما الطفح الجلدي الذي  
 يظهر في غالب الاحوال بحامات صلبة ويسمى بالحزاز وسمى هذا الشكل  
 الخامس بالاجز بما الحلمية وحيث انه في هذا الطفح الجلدي الحلمي يحصل  
 نضح غزير يصلى على السطح السائب من الجلد به تتفتق أخلية الشبكة  
 الملبهية بدون أن يكون هذا النضح غزيرا حتى لا يسيل على السطح  
 السائب من الجلد ويرفع الطبقة القرنية من البشرة على هيئة حوصلات فلا  
 مانع من ضم الحزاز الى الاجز بما او عكسه منها لكن لا يجوز أن يستثنى من  
 ذلك بعض أشكال الحزاز وجعلها اشكالا مخصوصة مخالفة للاجز بما  
 ثم ان الالتهابات الجلدية الاجز بماوية تنشأ عن جملة أسباب منها اولاً  
 المهيجات اللاوانطية التي تصيب الجلد كتنشأ نثر الحرارة الجوية المرتفعة  
 عن حرارة الجسم وبذلك تنشأ الاجز بما الناتجة عن شدة الحرارة الجوية  
 وكتأثير أشعة الشمس الشديدة وبذلك تحصل الاجز بما الشمسية وكتأثير  
 الحمامات الحارة أو الحمامات المعدنية وعن ذلك تنشأ الاجز بما المعروفة  
 عند العامة بجرب الحمامات المعدنية وكتهيج الجلد باستعمال الوضغيات  
 الباردة والتشوشل البارد وعن ذلك ينشأ ما يسمى عند الاثدروياتين (أى  
 الاطباء المشتغين بالمعالجة بالماء البارد) بالطفح الجلدي الجفاني وكتأثير  
 ذلك بالمرهم الزبقى على الجلد وعن ذلك تنشأ الاجز بما الزبقية ويمكن  
 عد عدد عظيم من أنواع الاجز بما وازدادها جدا لو أردنا تسمية كل  
 اجز بما تنشأ عن تأثير مهيجات نباتية أو معدنية او جواهر طفيلية ألية أو  
 الضغط أو الهرش بأسماء مخصوصة وأما الالتهاب الجلدي الاجز بماوي  
 الناشئ عن الاكاروس الجربى فسنذكره في مجتمه وكذا يعد من جملة الاجز بما  
 الدخنية الحجر الاجز بما الناشئة عن العرق الغزير ومتمحصل الحوصلات في  
 هذا الشكل نضح التهابي ذو خواص قلووية وليس كافي الدخنية البيضاء  
 (وهو المعروف بالعرق الخبيث) ثانياً عوق استفرغ الدم الوريدي وحيث  
 ان هذه الاضطرابات الدورية تحصل غالباً في الاطراف السفلى فكثير

ولا بد اصابتها بالالتهابات الاجزئية ماوية التي تشابه من حيثية المنشأ النزلات  
 المعدية الناتجة عن انضغاط الوريد الباب والنزلات المستيمية الناتجة عن  
 الاختساسات الدموية في الاوردة الباسورية ثالثا تكون الاجزئيات  
 ينموذج بنبي في كثير من الاحوال والاستعداد البني للاصابة بالاجزئيات وغيرها  
 من امراض الجلد يعبر عنه عادة بالسكرانزايا الطفحية اى سوء الاخلاط  
 الطفحى وبالاستعداد البني الطفحى ولفظ سوء الاخلاط الطفحى يعنى به  
 ان دم الاشخاص المصابة بالطفحات الاجزئية ماوية البنية يكون متغيرا  
 كما وكيفما لكن حقيقة هذه النظريات لم تثبت بل بعيدة عن العقل فانه  
 يساهد اجزئيات ينموذج بنبي بدون شك عند اشخاص دمويين بكثرة كما  
 تشاهد ايضا عند الانماويين وتشاهد عند المنوكين كما تشاهد ايضا عند  
 الاشخاص المتمتعين بصحة جيدة ولا تكون الاخلاط فيها متغيرة بالكلية  
 واما لفظ دياتيز طفحى فلا يمكننا الاهتراض عليه لانه موافق للحقيقة  
 ولا يتصور منه مع التام كما يكون الامتعداد البني للاجزئيات او غيرها من  
 امراض الجلد الموجودة حقيقة ينموذج اضطرابات غذائية او غيرها من  
 تغيرات الاخلاط وسوء القنية الطفحى لا يندران يكون وراثيا بل قد اثبت  
 المعلم (ويل) انه وراثى في كثير من الاحوال ويعبر عنه بالاستعداد  
 الخلقى ومظنة وجوده متى كان اغلب الاخوة من عائلة واحدة مصابة  
 بالاجزئيات وكذا يظن وجوده متى كان الابوان والجدان مصابين بهذا  
 المرض ولا حاجة لذكر كون الدياتيز الطفحى كغيره من الامراض  
 الوراثية يورث وتولده الاطفال ويوجد استعداد بنبي واضح  
 للاجزئيات الاسما للاجزئيات البثرية عند الاشخاص المتنازيرى البنية  
 والراشتميين وبعض انواع الاجزئيات يكون له ولا بد ارتباط بالدسبسيا  
 المزمنة اى سوء الهضم المزمن والبعض الآخر له ارتباط باضطراب  
 الحيض وى مثل هذه الاحوال وان كان لا يندر الحصول على شفاء  
 الاجزئيات بواسطة معالجة موضعية الا ان نكساتها لتزول بالازوال  
 الاضطرابات السابق ذكرها والغالب ان لا يمكن اثبات وجود الارتباط  
 بين الاستعداد الطفحى الواضح وبين اضطراب التغذية العامة والاصابات

المرضية لبعض الاعضاء وانما ظهور الاجز بما يدون مؤثرات مضرة أثرت على  
الجلد وكثرة زردتها ولومع تجنب المؤثرات المضرة المذكورة هي العلامة  
الوحيدة الدالة على اضطراب البنية

### في الاعراض والسيرة

الاعراض المحسوسة للمريض في الاجز بما هي الاحساس بأكلان  
والاحتمياج الشديد للهرش على الدوام وهما عرضان يوجدان في جميع  
أمراض الجلد التي فيها يكون الجسم الحلي مصابا واما الاعراض المدركة  
للطبيب فقد سبق بيانها فقد ذكرنا ان الجلد الذي هو مجلس للالتهاب  
الجلدي المنتشر السطحي الغير الدوري المعبر عنه بالاجز بما يكون مجلسا  
لحويصلات صغيرة تارة وتارة لحويصلات مختلطة ببثور وتارة أخرى مغطى  
بقشور وفي احوال أخرى يكون هذا الجزء مكثرا لسطح أحمر نشاع عاريا عن  
البشرة وفي غير ذلك من الاحوال مغطى بقشور عظيمة او فلولس وفي العادة  
تنقسم الاجز بما زيادة عن البسيطة والقشرية والجر او البثرية الى منمنة  
لكن هذا التقسيم فضلا عن كونه غير مطابق للثلاثة السليمة التي  
لا تسمع بجعل قسم آخر من الاجز بما مؤسسا على سير المرض أعني على  
اساس تقسيم مخالف لما تقدم وقد تحقق في الطب العملي ان هذا التقسيم  
يؤدي للخطأ العظيم فان الاجز بما المرمنة التي أريد جعلها نوعا آخر متميزا  
عن الاجز بما الحادة تسير بسيرة مشابهة لما يحصل في البسيطة والحمراء  
والقشرية والبثرية وفي الاحوال المستعصية المستطيلة المدة من الاجز بما  
الحمراء قد ينضم للظواهر المرضية التي تشاهد على السطح الظاهر من الجلد  
تغيرات في جوهره وهي عبارة عن ضخامة النهائية في الادمة في غالب  
الاحوال مشابهة لثخن الغشاء المخاطي المعدى والشعبي في احوال الالتهابات  
المعدية والشعبية المزمنة ويندر أن تكون عبارة عن ضمور في الادمة ناتج  
عن الضغط الواقع على الجلد من القشور والفلولس المتراكمة عليه

واهم من تقسيم الاجز بما وتميز أنواعها على حسب شكلها ومدتها انقسامها  
بالنسبة لامتدادها المختلف على سطح الجسم الى اجز بما عامة وموضعية  
يدون اخذ اللفظ الاول الى معناها المطابق فان الاجز بما العمومية وان كانت

تمتد على سطح عظيم من الجسم لكن من النادر جدا أن تشغل سطح الجسم  
بتمامه والاجز بما العمومية أندر مشاهدة من الاجز بما الموضوعية وتظهر  
اما ظهورا حادا أو تسير حينئذ بصفة الاجز بما البسيطة والاجز بما البشرية  
ويندر أن تكون على صفة الاجز بما الحمرا أو انما تسير سيراض مناسا  
فتمتد كما تبين في الاجزاء المختلفة من الجسم اشكالا مختلفة ايضا لاسيما  
شكل الاجز بما الحمرا بحيث يوجد سطح عظيم من الجسم عار عن البشرة  
نشاع ذو قشور عظيمة والاجز بما العمومية المزمنة مرض ثقل مستعص  
للعافية وان لم يكن مهدد للحياة محمدا على الدوام لاضطراب في حالة التغذية  
العامية للمريض

واما الاجز بما الموضوعية فكثيرا ما يكون مجانما ففروة الرأس وفي ابتداء  
هذا المرض ان تكون على هذا الجزء حويصلات فالغالب أن لا تترك  
وتسقط بسرعة بالتمشيط أو الطرش وان ظهرت الاجز بما الرأسية بصفة  
الاجز بما البثرية أو الحمرا حصل ارتشاح أو نشع عظيم فيلتصق الشعر  
بعضه ويتكون على الرأس قشور تارة سطحية رخوة وتارة ثخينة صلبة  
كانت تعرف سابقا بالقشور السعفية أو النخالية وتكون هذه القشور مجلما  
للقمل ويتكاثر فيها جدا وكثيرا ما تتقيح العقد الليثفاوية العنقمية  
في أحوال الاجز بما النشاعة للرأس أو تتقيح وتكتسب الاجز بما الرأسية  
صفة أخرى ان كان النضج المنسكب قليلا جدا بحيث لا تتكون حويصلات  
على البشرة وفي مثل هذه الاحوال تكتسب الاجز بما الرأسية شكل  
الاجز بما القشرية بحيث لا توجد جلدة الرأس المحمرة مغطاة بعدد عظيم  
من القشور البثرية المنفصلة فقط بل توجد كذلك تلك القشور بين الشعر  
وياقة الملابس وهذه الحالة كانت تسمى سابقا بالسعفية وان كانت  
القشور البثرية المختلطة بالنضج الجاف مكونة لطبقات كثيفة سماكة تسمى  
بالسعفة القشرية للماعة وكذا تشاهد الاجز بما بكثر في الوجه بجميع اشكالها  
وعند الاطفال تكثر الاجز بما البثرية والجرعاء وتهيب على الخصوص  
الوجنتين والذقن بدون اصابة الاجزاء الأخرى و سطح هذه الاجزاء يكتسب  
هيئة مجرمة للماعة ويتغطي بعد ظهور بعض الحويصلات والبثرات

وانفجارها بسائل صاف مصفر ثم يجف هـ ذ الائل فيما بعد فيتمسكون عن  
ذلك قشور مصفرة واذا ازيلت تلك القشور قبل انطفاء هذا المرض فلا يوجد  
اسفل منها طبقة بشرية حديثة بل توجد الادمة العارية الشائعة واما الاجزما  
البثرية الوجهية والحمرية فكانت تسمى سابقا بالبربريجو الوجهي وبالسفة  
الوجهية وبالقشور اللبنية وبالقشور الثعبانية ونحو ذلك ولا يندران عند  
الاجزما من الوجه الى القناة السمعية الظاهرة واكثر مضاعفتها بالزكام  
او الارماذ وانتفاخ العقد السكاثة أسفل الذقن والعنق وفي كثير من الاحوال  
تكون الاجزما الوجهية قاصرة على الاذنين والحاجبين والاجفان لاسيما  
زوايتيهما وعلى الشفتين فتكون هذه الاجزاء من صفة بمحوصلات او عارية  
عن البثرة ومغطاة بافراسائل او قشور او يكون شكل الاجزما المصبية لها  
على شكل قشري محدود وتحصل الاجزما في محيط الحيلة الثديية عند  
النساء المرضعات وكذا عند غيرهن بل وعند الاطفال وح تشاهد على شكل  
الاجزما الحمراء المستعصية وكذا تحصل الاجزما على شكل من من  
محدود حول السرة لاسيما عند الاشخاص السمان ويوجد شكل مهم من  
هذا المرض وهو الاجزما الاستحيائية فتصيب في الرجال القضيب والصفن  
وعند النساء الشفرين العظيمين وتسير اما سيرا حادا على شكل الاجزما  
البسيطة عادة او سيرا مناعسا كسير الاجزما الحمراء الشائعة وهذا الشكل  
يوقع المرضى في حالة يأس بسبب الاكلان الغير المطاق المصاحب له  
فيه عادة وعين ذلك يحصل في الاجزما التي تصيب الشرج وتحصل في  
محيط الاست او في العجان غير ان هذا الشكل يكون اقل افراس من الاجزما  
الاستحيائية وقد شرح المعلم (هبرا) شكلا آخر من الاجزما المصبية  
للجهة الانسية من الفخذين وسماه بالاجزما الخطية وهذا الشكل يحصل على  
الخصوص عند الجزمجة والخسالة ويبتدى عادة من المحل الذي فيه يلامس  
الصفن الجهة الانسية من الفخذين ومن هنا يمتد الى اجزاء آخر وبعد  
قليل من الزمن يصبب الجهة الانسية من الفخذ المقابل بالاستواء والانتظام  
والاجزما التي تحصل في الاطراف تشاهد بكثرة في السابقين وتكون على  
شكل بقع عظيمة حمرة افراس مغطاة بقشور متفاوتة الثخن وتسمى

عادة بالاجز يما السيلانية وان كانت الاجز يما مصيبة اثنيات المفاصل  
وجسدت مغطاة بطبقة بشرية هشة خشنة بسبب اختلاطها وتكاثفها  
بالنضج القليل الجاف فتتشقق عند تحريك المفاصل وتكون تشققات مؤلمة  
للغاية

ومن المستغرب حصول الاجز يما في اليدين والقدمين واصابتهما ما بكيفية  
واحدة فان كانت الجهة الوحشية هي المصابة سارت الاجز يما بشكلاها  
البسيط مع تكون حوصلات ويسهل حينئذ اختلاطها بالجرب وان كانت  
مصيبة للجهة الانسية فمن النادر تكون حوصلات بل الغالب أن تكون  
الاجز يما الحمر مغطاة بطبقة كثيفة من البشرة الجافة المختلطة بالنضج  
وحيث ان هذه الطبقة تنفصل على الدوام من راحة اليدين وأخص القدمين  
على شكل قشور مبيضة سميت اجز يما راحة اليدين وأخص القدمين خطأ  
بالبتر يازس أو البسر يازس الراحي أو الاخصى

### ✽ المعالجة ✽

يقع في معالجة الاجز يما كما في باقي معالجة أمراض الجلد نوعان من الخطأ  
فان جماعة من الاطباء يعتقدون ولا يدان كل معالجة موضعية للاجز يما خطأ  
عظيم وذلك لعدم المعلومات على زعمهم بان كان زوال الطفح له عواقب خطيرة  
أم لا ولذا ان هذا القسم من الاطباء بسبب الخوف الذي لا أساس له غالباً  
من كون زوال الطفح وشفاؤه بمعالجة موضعية يضر المريض بأمرين غالباً  
بأسهمال جواهر دوائية من الباطن التي تضر المريض بلاشك وفريق  
منهم تابع بلاثمصر شهره (هـ-برا) ويرغم ان المعالجة الباطنة  
للاجز يما لا فائدة فيها ويعالج جميع انواعها بدون استثناء ولو ان  
حصل عقب ظهورها زوال أمراض بعض الاعضاء المهمة بوساطة علاجية  
ظاهرة ولا يشك من نجاح طريقة المعالج هـ برام ان في معظم الاحوال  
تفضل المعالجة اللاواسطية للجلد عند المصابين بمرض جلدي ان هذه  
الطريقة العلاجية تكاد لاتزول الاضطرابات الغذائية للجلد مع التأكيد  
والمرعة فقط بل أقل ضرراً بالمريض عن الطرق العلاجية الباطنة  
بواسطة المسملات الشديدة والاستحضارات المعدنية وغيرهما من

الجواهر الدوائية الشديدة الفعل وبالجملة فمن المحقق انه من الاعتقادات  
الفاسدة ما عدا بعض أحوال استثنائية ان الخطر قد يفتش من شفاه المرض  
الجامدى بواسطة معالجة موضعية ومن جهة أخرى لا ينكر ان الاجز بما  
التي تعالج فقط بوساطة علاجية موضعية تكثر نكساتها وانه يوجد حقيقة  
بعض أحوال منها فيها الخوف من ان شفائها بواسطة معالجة موضعية  
يعقبه اصابة مرضية في الاعضاء الباطنة مبنى على الاساس

ويعد من أنواع الاجز بما التي نعتقد ان المعالجة الموضعية الشديدة فيها غير  
جائزة بل يخشى منها أولا الاجز بما النشاعة لقروة الرأس والوجه عند  
الاطفال فان الظاهرة المعلومة من انه عقب شفائها تحصل بسرعة نزلات  
شعبية مرضية ولا بدومع هذا فليس من الثابت المحقق ان تلك الامراض  
ظهرت بسبب زوال الاجز بما والعكس بالعكس اعني ان امراض  
الاعضاء الباطنية زالت بسبب ظهور هذا الطفح لكن عكس هذه المسألة  
ايضا ليس من الثابت المحقق ومن الجائز ان هذا الارتباط السببي الذي  
أشرفنا اليه وجوده كاف في عدم استعمال المعالجة الموضعية في الاجز بما  
النشاعة لقروة الرأس والوجه عند الاطفال وان أريد مضاربة هذا التصور  
والاعتراض عليه بأنه كان من المتسلطن من منذ زمن طويل آراء مطابقة  
لذلك بالنسبة للنتائج المضررة للمعالجة الموضعية للجرب وانها رفضت فيما بعد  
بالكلية وتحقق انها من الاعتقادات الفاسدة لا عترفنا بامكان ذلك وتجوز  
وانه في العصر المستقبل سيتحقق ان الخوف من المعالجة الموضعية في  
الاجز بما المذكورة لأساس له ونقول ولا بد ان هذا الخوف والحالة التي  
عليها العلوم والمعارف الطبية في عصرنا هذا واجب التمسك به والاثبات  
القوى بان غيرها من الاجز بما عولجت بمعالجة موضعية وشفيت بدون  
ضرر لا يدل على شيء بالنسبة لشكل الاجز بما الذي نحن بصدده فانه ولو مع  
المشابهة العظيمة الظاهرة ل أنواع الاجز بما مع بعضها يوجد بينها ولا بد  
اختلافات بالنسبة لنسبها بين حالة التهادل العنصري والتغذية في باقي  
أجزاء الجسم

ثانيا بعد من الاجز بما التي لا يجوز فيها فعل معالجة موضعية الاجز بما

التي تحصل عند البالغين وتكون بحسب الظاهر معوضة لغيرها من  
الامراض التي تكون قد زالت عند ظهورها (وهي) وان ذكر صريحا  
انه عاج وأبرأ بدون ضمير مثل هذه الاجز بما عند كثير من المرضى بمعالجة  
موضعية فمع ذلك ليس عندنا جسارة ولومع شهرته في اجراء معالجة موضعية  
في الاجز بما التي عند ظهورها قد زالت أرماد ثقيلة واضطرابات مرضية في  
المضم أو غيرها من الامراض الثقيلة

ثالثا يوصى بعدم اجراء معالجة موضعية أو اقله الاقتصار عليها بالسكلية في  
احوال الاجز بما المتعلقة باصابة مرضية بنية وبالنسبة لبعض اطباء  
الذين يزعمون ان كل اجز بما مجهولة السبب متعلقة بحالة ديسكرازية لم يبق  
الا قليل جدا من أنواع الاجز بما التي يجوز معالجتها بموضعية فقط ولا بد  
يعتمد من التقدّمات العظيمة التي اكتسبتها معالجة الامراض الجلدية في  
العصر المستجد أن لا تعتبر الاجز بما بنية الا اذا وجد خلافها باصابات بنية  
مرضية تدل على نوعيتها وتعلقها بتغير بني وتعالج بموضعية  
لاموضعية ومن المتفق عليه بالنسبة للاجز بما الزهري بعدم الاقتصار على  
تجوز معالجة موضعية كما وان لا يجوز الا بصاء بالاقصار على معالجة  
موضعية في احوال الاجز بما التي تحصل عند الأشخاص الخنازيري البنية  
والمصابين بالراشيسم والتي تظهر عند البنات المصابات بالخالوروز وتنضم  
للاصابات المرضية في الاعضاء التناسلية فان الوسائط العلاجية المؤثرة  
تأثيرا موضعيًا وان كانت غير مضره هنا لانها لا تستعمل الا بقصد مساعدة  
المعالجة العمومية المضادة للمرض الاصلى لكن تنبه على انه ليس من  
النادر ان الاجز بما التي نشأت بدون شك عن اصابة بنية عمومية قد تصير  
قائمة بنهسها بعد اطباء الاصابة البنية وزوالها وتستمر الى أن تزول وتشفى  
بواسطة معالجة موضعية قوية وقد شاهدت حالة مرضية في مجدبرغ عند  
أحد التجار فيها كان المريض مصابا باجز بما مشوهة جدا في الوجه والرأس  
مع اصابات زهرية واستمرت جملة من السنين بعد زوال جميع اعراض الداء  
الزهري وشفي هذا المريض بواسطة معالجة موضعية في قليل من  
الاسابيع اجراها عنده أحد الجراحين بواسطة مرهم من الاسباب الابيض



وكربونات الرصاص وذلك بعد ان استشار هذا المریض أغلب مشاهیر الاطباء  
 فی اروپا وأجرى معالجات زهرية قوية بدون طائل المرة بعد المرة  
 ثم ان كلام من الطفحات الرأسية النشاعة للاطفال والاجزى بما لعوضیهة  
 والتي يكون ينبوعها ابديا يكون عددا قليلا لاجل ان بالنسبة لانواع الاجزى بما  
 التي فیها تستعمل المعالجة الموضعية بدون معارضة مع النجاح العظيم ولنذكر  
 ابتداء من الوسائط الموضعية الراسب الابيض على شكل مرهم بان يؤخذ من  
 اول كلوروز الزئبق النشوی ٤ جرام (اعنى درهما) ومن (الشحم النظيف  
 أو المرهم البسيط ٣٠ جراما اعنى أوقية) او السليمانى الاكل على شكل  
 محلول خفيف بان يؤخذ (من ثانی كلوروز الزئبق الاكل من ٥ سنجرام  
 الى واحد ویدى سجرام) (اعنى من قمحة الى اثنتین) ومن الماء المقطر ٣٠ جراما  
 اعنى (أوقية) فان هذين الجوهرین سهلا الاستعمال ولا تتكره المریض منهما  
 مثل المرهم القطرانیه والصابون الطبى وغيرهما من الوسائط العلاجية  
 ولانهم ما يكفیان فی معظم الاحوال لسفنا الاجزى بما ولو المستعصية فی زمن  
 قليل وليس عندنا مقدرة على توجيه التأثير الجيد للراسب الابيض  
 والسليمانى الاكل فی الجلد المتهب التهابا اجزى بما ویا توجيه اشافيا لکننا  
 نذكر ان كلام من المرهم الراسب الابيض والاحمر - تعمل من منذ زمن طويل  
 فی الالتهاب المتحمى ومعدود فيه من الوسائط القوية للتأثير والاجزى بما التي  
 فيها يستعمل مرهم الراسب الابيض على الخصوص هي اجزى بما الوجهه  
 وفروة الرأس التي لا تكون ذات امتداد عظیم ولا سيما التي تؤدي لثخن عظیم  
 فی الادمة اذ فی مثل هذه الاحوال قد تحقق لنا على الدوام نجاح هذه  
 الطريقة العلاجية فی الاكلينك وفي الطب العملى فاننا بذلك شاهدنا زوال  
 الاجزى بما فی قليل من الاسابيع ولو التي استمرت سنة أو سنتین بل والتي  
 استمرت ثمانی او عشرین منه وكنا نخشى استعمال المرهم الراسب الابيض  
 خوفا من التعاقب والتسمم الزئبقی فی احوال الاجزى بما ذات الامتداد  
 العظيم جدا لکن قد تحقق لنا مرة النجاح العظيم فی مثل تلك الاحوال أيضا  
 وصار تحمله بدون ضرر

وقد شاهدنا عن ذلك أى حصول النجاح من استعمال مرهم الراسب

الايبيض في الاجز بما الممتدة على اجزاء من الجسم كالوجه والاطراف  
العليما والسفلى مع بعض ثخن في الجلد كما ذكره نمار لكنا في هذه  
الحالة كما مشهرون على ذلك به جزاء بعد الاخر من اطوار بلا بدون  
مشاهدة اذ في عارض منه وكنا نوثره على الجزء الممتد فيه ظواهر الاجز بما  
بالاكثر

والنكسات عقب استعمال مرهم الراسب الايبيض غير مأمونة  
ولذا يجب ايقاظ المرضى وتنبهها على حصولها و امرهم باستعمال  
العلاج ثانيا متى ظهر اذ في اثر من هذا المرض اذ بذلك يمكن شفاؤه شفاؤه تاما  
ويكفي في معظم الاحوال ذلك الجزء المريض مرتين او ثلاثة مرهم الراسب  
الايبيض او مرهم بالفرشة المغموسة في محلول السليمانى كل يوم ومن الواضح  
انه ينبغي قبل ذلك الالة القشور الموجودة ونزعها وتجفيف المحل تجفيفا  
جيذا قبل ذلك او مرهم ومثل مرهم الراسب الايبيض ومحلول السليمانى  
الاكال المركبات الخارصينية والزحلية فانها تستعمل كذلك في معالجة  
الاجز بما التي لا تكون ذات امتداد عظيم ولم تؤد الى ثخانة عظيمة في  
الجلد ويوصى باستعمال محلول كربونات الخارصين بقدر ٢ جرام على ١٨٠  
جراما من الماء (اعنى نصف درهم منه على ست اوقى من الماء) ومرهم  
او كسيد الخارصين وكبريتات الرصاص بقدر ٤ جرام منه على ٣٠ جراما  
من الثلج (اعنى درهما على اوقية) ويوصى عند المرضى التي لا تتحمل  
المرهم باستعمال مخلوط مكون من زهر الخارصين مع الجاليمشيين  
او المسحوق المكون من زهر الخارصين مع مسحوق ثمر الليكبوداى الكبريت  
النماتى او النشاء بان يؤخذ من زهر الخارصين ٤ جرام (اعنى درهما)  
ومن النشاء ٣٠ جرام اعنى اوقية وفي احوال الاجز بما النشاعة سيما  
التي تكون خلف الاذنين وثنية الركبتين وبين اصابع اليدين والقدمين  
تستعمل بنجاح المعالجة التي اوصى بها الملهب بواسطة المرهم الداخيلونى  
المجهز با-كيفية الاتية وهى ان يؤخذ نجمة المشع الداخيلونى وتسيح  
على حرارة لطيفة ويضاف اليها قدرها من زيت بزرا السكمان ويمزج هذا  
المخلوط من جابجا بتجربته حال برودته وانه يوصى بالمركب الاتى وهوان

يؤخذ من زيت الزيتون النقي ١٥٠ جراما اعنى خمس اواق ومن المرثك  
الذهبي ٤٠ جرام (اى عشرة دراهم) ويطحخ الى ان يستحيل الى مرهم رخو ثم  
يضاف اليه من زيت الخزامى ٣ جرام اعنى نصف درهم ويمزج ذلك ويعمل  
مرهم ما ويدلك بالمرهم الداخيل لوفى اما مرتين او ثلاثة على المحل المريض  
او يطل على بهذا المرهم وهو الاجود رفقا تصغيرة من السكتان ويعطى به المحل  
المريض وفى احوال الاجزى بما الممتدة المصحوبه بأكلان شديد لاسيما  
الاجزى بما العمومية يوصى ولا بد باستعمال التشاغل الباردا فان هناك  
بعض المرضى لا تتحمل الوسائط المهيجة الشديدة الا فى ذكرها وقد اوصى  
المعلم هيرابال تشاغل اقله مرة او اثنتين او ثلاثة فى النهار ويكون استعماله مدة  
عشر دقائق أو ١٥ دقيقة فى محل حار اذ بهذه الطريقة يمكن شفاء الاجزى بما  
ولو الاستعصية جدا على جميع الطرق العلاجية ولو ان ذلك يحتاج لزمن  
طويل وجهاز التشاغل يمكن فعله بشمن قليل

ويدل عن التشاغل البارد يمكن استعمال المسكمدات الباردة فى الاحوال  
الحديثة من الاجزى بما الموضوعية لاسيما التى لا تتحمل الوسائط المهيجة  
وكما استعصت الاجزى بما واشترك جوهر الادمية فى الاصابة السطحية  
وكان ملامس الجلد يابس وتغسر رفته على هيئة نثية احتماج الحال لاستعمال  
الوسائط الدوائية الممدوحة بكثرة والجارى استعمالها فى معالجة جميع  
الامراض الجلدية المستعصية وذلك لانها تحدث تنوعا عظيما فى  
تغذية الجلد

وقد دلت التجارب على ان الاستحضارات الكبيرة التى هى من جملة تلك  
الوسائط قليلة الجدوى فى معالجة الاجزى بما ولا تثمر الا فى احوال نادرة منها  
لاسيما فى الاجزى بما الخطية كما قال هيرابال التى تظهر فى نثية الفمخدين  
بل مضرة فى غالب احوالها بخلاف كل من الصابون الاخضر والقطران  
والبوتاسا الكاوية فانه ذو منقعة عظيمة فى جميع احوال الاجزى بما العتية  
المصحوبة بارشاح عظيم فى الادمية ولندكر مع الاختصار كيفية استعمال  
تلك الجواهر طبعا ما ذكره المعلم هيرابال فنقول اما الصابون الاخضر الطبي  
فقد دلت به المحل المريض مرة او مرتين كل يوم او يطل به رفقا من الصوف

ويغطي به المحل المصاب مع تغييرها مرتين كل يوم وينبغي التماس على ذلك  
ثلاثة ايام اوستة ثم يوصى باستعمالها بدون نزع المرهم الموجود به او الرافند  
الموضوعة عليه ثم يؤمر المريض بعد ثلاثة ايام بحمام وتوقف المعالجة مدة  
يوم وينبغي تكرار هذه الطريقة الى ان يزول ثخن الادمه بالكلية ويقف النشع  
وهذا الزمن الذي فيه تسجيل الاجزيماء النشاعة الى اجزيماء قشرية جافة يعتبر  
هبر انه الوقت الذي فيه يبدل استعمال الصابون الطبي بالقطران وقد فضل  
المعلم المذكور من جميع انواع القطران ما كان قليل السكر اهية في الرائحة وهو  
المسمى بالزيت المسكوبي المجز من شجر حبيب العرعر (المسمى بزيت  
الكاد) ويفضل له عن القطران المعتاد المجز من خشب اشجار الفصيلة  
المخروطية (وهو القطران السائل الاعتيادي) ونفس استعماله من دسمنين  
عذبة بدلا عن القطران النقي او مرهمه محلول من القطران في الكؤل  
(بان يؤخذ من القطران السائل ومن الكؤل اجزاء متساوية او من القطران  
السائل والصابون الاخضر اجزاء متساوية اعني ١٥ جرما ومن الكؤل ٣٠  
جرما اعني اوقية) فهذا المحلول كاف في جميع الاحوال ومهل الاستعمال  
عن النظران النقي والمرهم القطرانية ويسهل نزعها عن الجلد والدلك بمحلول  
القطران ينبغي تكرارها مرة او مرتين كل يوم الى ان تصير الطبقة المسمرة  
المتسكونة على الجلد مسكوبة ولا تنفصل منه بسهولة بعد زمن يسير بل  
تبقى جملة من الايام ولا تظهر بعد انقضاء اجزاء الجلد المر يرض  
بمجرقائه مادامت القشرة القطرانية تنفصل بسهولة والجلد الكائن  
تحتها جزول ذلك على عدم انتهاء التغير المرضي ثم ان كان استعمال  
القطران من الظاهر يتحمل في العادة بدون ضرر ينشأ عنه بعض  
المرضى عقب الدلو كانت الاولى بها النهايات جلدية شديدة تمنع عن استمرار  
المعالجة واكثر من ذلك حصولها وانه عقب ذلك المستمر بالقطران على  
اجزاء متدقة من الجلد يظروا هرتهم - يحششدي في المعال والكلية  
كالفق والاسهال وخروج بول مسود ذي رائحة قطرانية واضحة تظهر  
خصوصا عند اضافة بعض نقط من حمض الكبريتيك اليه وكالحمى والدوار  
وتحذرك وهذا لا بد يلجئنا لايقاف للمعالجة وكأنه يوجد بعض انواع

من الاجزئما لا يجوز فيها استعمال كل من الصابون الاخضر والقطران  
 يوجد أيضاً احوال اخرى من هذا المرض فيها يتحمل المرضى المعالجة  
 المذكورة بلا طائل وهذه هي الاحوال التي فيها ينبغي استعمال كل الجزء  
 المريض من الجسد بمخلول مركز من البوتاسا السكاوية ه جرام على ١٠  
 جرام من الماء أعنى درهم على درهمين والسكى بهذا المخلول لا ينبغي فعله  
 الا مرة في الاسبوع وعند اجرائه ينبغي مس الجزء المريض بسرعة بواسطة  
 فرشاة من النسالة صارغمسها في المخلول ثم يغطى الجزء المريض بالكمادات  
 الباردة بهرعة وذلك لاجل تطبيق الالام الشديدة التي تنتج عن ذلك وهذه  
 الطريقة تشفى الاجزئما ولو المستعصية جدا عقب تكرار المس بهذا المخلول  
 خمس مرات اوست

وبالجملية فان قين هل ينبغي الاقتصار على المعالجة الموضوعية في الاحوال  
 التي فيها وان شفيت المرضى من الاجزئما كما لا تكون صانعة عن  
 النكسات اولا وهل ينبغي أن ينضم الى المعالجة الموضوعية معالجة عمومية  
 في مثل تلك الاحوال ولولم توجد اضطرابات بنوية عمومية كداء الخنازير  
 والراشيتسم واحوال سوء الهضم المستطيلة المستعصية أو اضطرابات  
 الحميم أم لا فاما العلم هير افرض ذلك البتة وأما العلم ويل فانه يقول أيضاً  
 باهمية المعالجة الموضوعية كالعلم هير الا أنه ينضم للمعالجة الموضوعية استعمال  
 المنقوعات الملية ويودور البوتاسيوم بمقادير يزداد فيها على التدرج  
 ولو في الاحوال التي فيها لا توجد اضطرابات بنوية مدركة ونجاح هذه  
 الطريقة العلاجية في اكلينك المعلم ويل واضح للغاية حيث تيسر له ملاحظة  
 حالة المرضى التي تعالج عنده حال حصول النكسات لهم وترددهم الى مارستانه  
 ونحن لانقول بتجوير ذلك فقط بل نعتبر من الضرورى ضم معالجة عمومية  
 للمعالجة الموضوعية في جميع الاحوال التي فيها مع تجنب المؤثرات المضرة على  
 الجلد يحصل نكسات متكررة من الاجزئما فان من الامور القليلة الفائدة  
 كون المرضى بعد شفائهم ودها الاجزئما بعد قليل من الاسابيع كما كانوا  
 ولا حاجة للبحث الذي المستطيل حتى توجد امثلة عديدة مثبتة لكون بعض  
 الاشخاص التي عولجت باجود طرق علاجية من اطباء مشهورين

جسدا في معالجة الامراض الحادة مصابة من مئة وستين باجزئها  
وان هذه الاشخاص شفيت منها من مدة قليلة من الزمن عقب  
استعمال اى طريقه علاجية ولا يمكن جعل قواعد عامة بخصوص اجراء  
المعالجة العمومية عند مثل هؤلاء الاشخاص المصابين بالاجزئها الناشئة  
عن سبب بنى طففى لكنه على وجه الاجمال لاصعوبة في ايجاد معالجة  
عمومية لا ثقة فان الحالة البدنية للاشخاص وتغذيتهم وحالة معيشتهم من  
الامور التى يرتكن اليها في تأسيس الطريقة العلاجية التى يترتب عليها  
تنويع معيشتهم مع النجاح وكذا بنيتهم بدون ضرر ومما يوجب الاسف  
كون التما كدم النجاح للطريقة العلاجية للعلم هيرافى كثير من الاحوال  
وقتما فقط يؤدى للرجوع الى الطريقة القديمة الفاسدة التى تملى حسبها  
تعالج كل اجزئها باستعمال المسهلات على انفرادها فانها فى الاجزئها المزمنة  
لا تثمر مطلقا بل مضرة فى الغالب لكن متى كان عندنا مريض مصاب باجزئها  
مزمنة وكان عنده تولد شعير غزير وكان كثير الماء كل والشارب زيادة عما  
يحتاج اليه تعويض جسمه ومعتادا على تعاطى جواهر غذائية مولدة للشحيم  
بكثرة فلا بد وان يشفى هذا المريض بسرعة ويستطيل شفاؤه زمانا طويلا متى  
استعمل له معالجة مسهلة منتظمة وانتظم التدبير الغذائى زيادة عما اذا  
اقصر عنده على استعمال معالجة موضعية ولم يلتفت الى التدبير  
الغذائى لافى انتهاء المعالجة ولا بعدا ونحن نوصى فى مثل هؤلاء المرضى  
متى كانت الاجزئها ممتدة بطبوق (زيت من) وان كان تركيبه غير  
معقول وذلك لان المرضى يمتثل عند استعماله لتدبير غذائى جيد

وأما اذا كانت حالة الاشخاص المصابة بالاجزئها مغايرة للاشخاص السابق  
ذكريها بان كانت غير جيدة البنية ونحيفة فلابد ان يبنى اعطائها تلك  
المسهلات ولا تقلل تغذيتها حيث لو أجرين ذلك لتشاغل المرض فعند مثل  
هؤلاء الاشخاص يبنى ولا بد التمسك بحالة معيشة بها تقوى تغذية الجسم  
مع استعمال زيت السمك ومماثل ذلك من الجواهر المعوضة كالربان  
الحديدية والسكينية والزرنيخية ونحو ذلك

المبحث الثامن

في



ويدون استعداد خنازيري او سبب آخر معلوم ويقال على العموم في  
 مثل هذه الاحوال التي ليست بنادرة ان الذي أحدث الطفح هو النفاذ  
 القوي ولا سيما البن الام الدم او حرارته وليس لهذا القول ادنى اساس  
 قوي يرتكن اليه

### الاعراض والسيرة

التهاب الجسم الحلي الذي ينشأ عنه التضخم في الامبتيجو يكون مصحوبا  
 باكلان واحتمياح للهرش وهاتان الظاهرتان المحسوستان مع وجود بثرات  
 صغيرة مديقة على قاعدة مجرة او وجود قشور مصفرة مخضرة تكون  
 الاعراض الوحيدة للامبتيجو ويندر ان يحصل في الالتهاب الجلدي البثرى  
 الشديد جدا في السيرة الحادى شديدة واضطراب بنى عام وعلى حسب  
 كون الطفح البثرى قاصرا على جزء من الجلد او منتشرا على سطح  
 عظيم منه يميز الامبتيجو الى محدود ومنتثر ويشاهد الاول غالباً في الوجه  
 لاسيما الوجنتين والشفة والانف وفروة الرأس لكن لا يندر ان يشاهد في  
 الجذع والاطراف فيشاهد ابتداء بقع مجرة منفردة عن بعضها او مختلطة في  
 محال من الجسم مستديرة او بيضاوية الشكل وغير منتظمة متفاوتة الاتساع  
 فان كان هذا الاحمر ارشداً جديداً والجلد تورماً او وجدت الحلي نشاشكل  
 الامبتيجو الذي سماه (ويليان) بالامبتيجو الجرى ثم يظهر على القاعدة  
 المحمورة بسرعة تكثرت صغيرة مصفرة يعظم حجمها بسرعة حتى تصل الى حجم  
 العدسة وترتفع عن موازاة الاجزاء المحيطة بها بقليل وعماقريب من  
 الايام تنفجر تلك الحويصلات ويستفرغ من مصلها فيجف ويكون لقشور  
 مصفرة يبقى أسفلها انضغ قليل من سائل قيحي وبذلك يحصل ازدياد في ثخن  
 القشور وفي انحاء ذلك تظهر بثرات جديدة حولها وعند نزوع تلك القشور  
 التي قد تكثرت احياناً ثخناً عظيماً توجد أسفلها الآدمة التي تكون عارية  
 ابتداء ثم تعطي بنضغ قيحي مصل وتكون مغطاة في انتهاء هذا المرض  
 بطبقة بشرية رقيقة حميدة التكوين تلغ الآدمة من خلالها بلون احمر  
 وعند تحرك الاجزاء المريضة يحصل فيها اشقق وسيرة الامبتيجو والمحدود  
 يكون عادة تحت حد بحيث ان التغيير المرضي فيه ينتمي في ظرف اسبوعين



او ثلاثة عقب انفصال القشور ومع ذلك توجد احوال يكون فيها هذا الشكل  
من الامبتيجو من زمانا بحيث يستمر بجملة أشهر بل سنين في بعض احوال  
نادرة فيها يحصل في جوهر الادمه كافي الاجز بما المزممة تغير بحيث تصير  
ثخينة متديسة

وأما الامبتيجو المنتشر فانه يصيب على الخصوص الاطراف وكثيرا ما يكون  
منتشرا على جميع احوالها بل وعلى جميع سطح الجسم وكل من احرار الجلد  
الذي يحصل مع كلان شديد وظهور بثرات وانفجارها وتكون القشور  
واذ ياد ثخنها شيئا فشيئا مع تكون بشور حولها وسقوط تلك القشور يحصل  
كافي الشكل السابق انما شكل الامبتيجو المنتشر كثيرا ما يكون ذا سير بطئ  
مزم من ويؤدى غالبا لتقرحات سطحية لان التكون الخلوى الجديد  
لا يحصل على سطح الادمه فقط بل يحصل كذلك في جوهرها

### المعالجة

كثير من احوال الامبتيجو لا يحتاج الى وسائط علاجية قوية فانها تشق من  
نفسها بعد بض اسابيع ولذا تقتصر في الاحوال الحديثة على الازة القشور  
زمنافز منا بواسطة الزبد الغير المملح او المرهم الحلو البسيط او غيرهما من  
الجواهر الدسمة وفصلها بواسطة الضمادات الغائرة الملينه وان استمر  
هذا المرض جملة اسابيع او اشهر فلا تفر في المعالجة الانتظارية وحينئذ  
يلتجأ تبعا للقواعد التي سبق ذكرها في المبحث السابق لاجراء معالجة عامة  
او موضعية والاولى يحتاج لها بكثره في الامبتيجو زيادة عما في الاجز بما فان  
شكل الالتهاب الجلدي البثرى يكون في كثير من الاحوال عبارة عن  
ظاهرة مرضية من ظواهر اضطراب التغذية العامة

اما المعالجة الموضعية للامبتيجو ففيها تستعمل الوسائط العلاجية التي تقدم  
ذكرها في المعالجة الموضعية للاجز بما انما يندرج تحت الوسائط المهيجة الشديدة  
المستعملة بكثره في الاجز بما وذلك لشدة الالتهاب في المرض الذي نحن  
بصدده المتصف بالتكون القيحي العظيم ويفضل فيها كل من الراسب الابيض  
واوكسيد الخارصين وكبريتاته والكي الخفيف بثرات الفضة عن الاستحسانات  
الكبريتية والدلك بالصابون الاخضر الطبي والقطران ونحو ذلك

المبحث التاسع

\* (في الالتهاب الجلدي المصاحب بشور عظيمة منهزلة عن بعضها) \*

(المعروف بالاكتيميا)

كيفية الظهور والاسباب

بشور الاكتيميا وان ارتفعت على الدوام على قاعدة شديدة الاحمرار من فتحة  
بسبب ارتشاحها الكن ولومع ارتقاء الالتهاب في هذا المرض ينبغي ان تكون  
الاختلية القحبية في هذا الشكل من الالتهاب الجلدي قاصرة على السطح  
الظاهر ولا يمتد في الغالب الى جورها وفي هذه الحالة الاخيرة تؤدي  
الاكتيميا الى تقرح في الجلد تخلفه ندب التحامية وماذا الا لكون فقد  
الجوهر الناضئ عن ذلك يستعاض به سوج خلوي جديد التكوين ينكمش  
فيما بعد

وتنشأ الاكتيميا انما الباعن تأثير مهبجات على الجلد ومن ذلك الطفح البثري  
للاكتيميا الناضئ عن تأثير مرض الطرطير المفقئ (المعروف بالاكتيميا  
الاتيمونية) وكذا الذي يحصل في ايدى راذع البناتين والحدادين وصناعي  
الاقفال بناتير الكلس او الجزيمات المنطيرة من الحديد المماة بالشرر  
والتي تنشأ عن الهرش الشديد عند وجود حبات طفيلية في الجلد او طفح  
ذي اكلان وفي احوال اخرى قد تظهر الاكتيميا بدون تأثير مهبجات على  
الجلد كما يشاهد ذلك في سبب بعض الامراض الجلدية الحادة تشابه حينئذ  
في حصولها المهرس وبالجملة فقد تشاهد الاكتيميا عند بعض الاشخاص  
ذوات المعينة الرديئة المهوكة او بعض الامراض الثقيلة المستطيلة  
وكالاسكت في العيون والاما كن الرديئة الهواء كما انها تشاهد عند المدمنين  
على السكر والمصابين بالاسكربوط وهذا يسمي بالاكتيميا النهوكية واما  
الاكتيميا الزهرية فسنذكرها في محلهما

الاعراض والسير

كل من الالتهاب الجلدي وارتشاحه الذي يسبق تكون بشور الاكتيميا  
ويصحبه يكون مصحوبا بالام ناخسة او يحمي عند الاشخاص الكثرى  
التظبية والبشور الاكتيماوية تكاد لا تكون عديدة مطلقا وتكون منهزلة

ومحاطة به بالعرصة جراه وبجاسها في الغالب الاطراف والايقان والهدر  
والعنق ويندر ظهورها في الوجه وعظم هذه البثور النصف كرية  
التي تكون من تفعمة عن الاجزاء الموازية لها يفوق احيانا حجم الحصاة  
ومع صلها يكون عبارة عن سائل مصفر قيحي او حمر بسبب اختلاطه بالدم  
وبعد بعض ايام يحف محصل البثرة فينتكون خشكر يشات مستديرة مسهرة  
تبقى سطحية وتستط بعد قليل من الزمن وربما كانت زمنا طويلا ويزداد  
نخنها شيئا فشيئا حتى استمر التقيح السكائن اسفلها وفي الحالة الاولى يخلف  
سقوط الخشكر يشة بقعة محمرة مغطاة بطبقة بشرية حديثة وفي الحالة الثانية  
يخلفه تقرح سطحي او غائر في الآدمه وسيرا الاكثيما يكون اما حادا او مزمننا  
ففي السير الحاد الذي تسير به اشكال الاكثيما الناتجة عن مؤثرات ظاهرية  
والتي تظهر في اثناء سير الامراض الحمية يبقى الحال قاصرا على طفح واحد  
من البثور الاكثيماوية والبثور نفسها لا تبقى الا زمنا قليلا والخشكر يشات  
التي تسقط بسرعة لا يخلفها قروح بالحاكية او بخلفة اقروح سطحية  
واما في السير المزمن الخاص بالاكثيما فهو ككيفية فان الطفح يتكرر  
في فترات كثيرة اوقايلة واحرار الاله الا نهائية المحيطة بها يكون مزرقا  
ومحصل البثور يكون مسهرا او مسجنا ويظهر اسفل الخشكر يشات المكثيفة  
التي تتكون شيئا فشيئا وتسقط بيطة تقرحات عيقة مستعصية عن الشفاء

### المعالجة

الاكثيما النروكية ذات السير المزمن التي تؤدي لتقرحات في الجلد هي التي  
تحتاج لوسائط علاجية قوية فينبغي اول الاجتهاد في ازالة حالة النروكة  
بتجديد الهواء واستعمال تديبير غذائي مقو واعطاء الزبيذ والاستحضارات  
الكيميائية والحديدية ومن الظاهر تستعمل الضمادات القاترة مادامت  
الظواهر الا نهائية ثم ان تكونت قروح ضعفية ينبغي استعمال معالجة  
منهم ولا سيما مس القروح بالجزر الجهنمي

### المبحث العاشر

(في الاتهاب الجلدي السطحي المصوب بجمه له حوصلات عظيمة) \*

او اوقاعات متفرقة المعروف بالهفجوس \*

### في كيفية الظهور والاسباب

في البهيميجيوس تشاهد حويصلات مملئة بسائل شفاف غير مرئية تشبه الحويصلات التي تنشأ عن استعمال الحرارة في اوجح الجلد وليس عندنا ادنى توجسه اشاف لهذا التغير المرضي الغريب والبهيميجيوس الذي يحصل عند الاطفال المولودين جديدا يكون ينبوعه في غالب الاحوال زهر ياتصاب به الاطفال اكثر من البالغين وبعض المرضى يتضح عندهم قبل ظهوره علامة سوء القيمة العمومية النهرية والبهض الاخرى بقى حافظا لهيئة صحية عظيمة ولم يزلوا حافظين لها في اثناء ظهوره هذا الطفح وقبله ما لم تحصل النهرية عندهم بتردد الطفح والامتناع عن النوم وقد يشاهد حصول هذا المرض منتشر اكانه وبأى

### في الاعراض والسير

التغيرات الابتدائية التي تشاهد احيانا في الجلد عبارة عن ظهور بقع محمرة مستديرة مصحوبة باحساس بأكلان او حرق وتكون شاغلة في الغالب للظهر والبطن والاطراف وبعد قليل من الساعات يظهر في مركز تلك البقع حويصلات صغيرة شفافة تعظم بسرعة بحيث تشغل جميع سطح البقعة وانما تترك هالة محمرة ضيقة حولها والحويصلات اما ان تكون مستديرة او بيضاوية من حجم العدسة او الكرزة الى حجم الجوزة ومحصلاها يكون ابتداء شفافا ثم يصير متعكر البنية وبعد ثلاثة ايام او اربعة تنفجر تلك الحويصلات ويخلفها تسليخ ينقر زمانه مدة بعض ايام مادة مصلية ثم يتغطي فيما بعد بقشرة رقيقة يتكون اسفل منها طبقة بشرية جديدة والمحل الذي كان محاسا للجو يصله يبقى فيه بقعة بجمنتية لكن قبل شفاء الحويصلات الابتدائية تتكون حويصلات جديدة وهذه يعقبها اخرى وعلى هذا يتعاقب الطفح جلة مرات بحيث يمكن مشاهدته جميع ادواره على جلد المريض وجميع هذا قد يستمر في بعض الاحوال جملة ايام ثم ينتهي المرض ومع ذلك في النادر ان يقتصر الحال على توبة واحدة بل الغالب ان هذا التغير المرضي يتكرر بعد مضي ايام مع او اشهر والمرضى يأخذ في السير الذي كان قد أخذ في المرة الاولى ويكون في العادة دامة مثل السابقة بحيث

لا يتدر مشاهدة التسكسة ثلاث مرات أو أربعة

وفي أحوال أخرى لا ينطفي ظهور الطفح الجديد بعد ثلاثة أسابيع أو أربعة بل يستمر جملة أشهر فالحالة الصحية العامة للمرضى وإن كانت غير مرضية في ابتداء هذا المرض إلا أنه ينتقع فيما بعد ولا بد لو تم باستمرار هذا المرض ويخفون ويقعون في حالة ضعف سواء كان هذا ناتجا عن فقد الاحتياط أو من كون سير البه فيجوس المجهول علينا له تأثير مضر على التغذية العامة وكل من الخفافة والنوكة وامتقاع اللون يتقدم بسرعة حتى كان نوم المريض مضطربا بتكرار الطفح الحويصلي المصحوب باكلان شديد وعلى هذا جميع المرضى المصابة بالبه فيجوس المزمن تهلك ولا بد في حالتهم وكثرة وقد وقع تجادل عظيم في كون هذا الداء مرض مناعي على الدوام أو أحادا والذي يظهر لنا أن هذا التجادل خال عن المعنى وإنما هو اختلاف في اللفظة فقط فإنه من الجائز تسمية البه فيجوس بالحاد متى كان الطفح قاصرا على زمن من ثلاثة أسابيع إلى أربعة كما أنه يجوز التعبير عن البه فيجوس المتعدد بظهوره جملة مرات بالزمن متى اعتبرت التغيرات الختالية عن الطفح المستطيلة جملة أشهر والتي يكون فيها المريض متمما بصحة جيدة عبارة عن ادوار كاملة لهذا الداء وهذا الشكل مخصوص بخطر من البه فيجوس الذي شرحه كل من العالم كزناو وهبر وأسماء بالبه فيجوس العريض وفي هذا الشكل لا تكون الا حويصلات قليلة أو حويصلة واحدة والحويصلات فيه لا تكون ممتلئة كما في باقي أشكال البه فيجوس وإنما يكون لها ميل للسعة والامتداد والسائل في هذا الشكل يسبح على الدوام أسفل البشرة إلى أن تنفصل عن الادمة بالكلية أو تكون مغطاة بقشرة رقيقة مسمرة وهذا الامتداد يكتسبه هذا التغير المرضي في مدة ستة غالبا وفي أثناء ذلك تبقى بعض اجزاء من الجلد لكنها تصاب ثانيا فيما بعد وهذا المرض ينتهي على الدوام بالموت

### المعالجة

معالجة البه فيجوس لا تكون الاعرضية فان كلامنا من اسباب هذا المرض وطبيعة السكاسكسيا أو السكرازيا الناشئ عنها مجهول علينا ولومع

الابحاث المدونة للعلم بمدبر جر التي أثبتت وجود النوشادر في البول  
المستفرغ حديثا وفي الدم وفي متحصل الحوى بصلاف عند المصابين بهذا المرض  
ولذا انقصر في المعالجة على حفظ قوى المرض الى ان ينطفي المرض من  
نفسه او اقله يجتهد في منع حصول التهوكت من طويلا ولا حاجة لذكر الوسائط  
الفدائية والدوائية التي تستعمل من هذه الحيشية فانها معلومة وينبغي  
كما هو الجاري في مثل هذه الاحوال تجنب جميع ما يحدث بسرعة الفقد  
العضوي واعطاء جميع ما يعوضه ويعوق تقدمه. واما المعالجة الظاهرية فقد  
اوصى الملم هبرا فيها بتجنب جميع الحمامات والاراهم وكذا الوسائط الباطنية  
والتوعية وانما اوصى بان يذرع على الاجزاء العارية به مسحوق الكبريت  
النباتي والنشاء

### المبحث الحادي عشر \*

\* (في الالتهاب الجلدي المحبب بقعاات سطخية منغزلة) \*

(يتشأ عنها قشور ذات شكل مخصوص ويعرف بالروبيبا)

### \* كيفية الظهور والاسباب \*

تكون حوى بصلات أوقعاات منغزلة يشترك فيه البمفجوس مع الروبيبا  
لكن عوضا عن انفجارها بسرعة في المرض الاول تمكث زمنا طويلا في  
الثاني ومحصلها يصير تهييا او غالبا مدمما ثم يجف فيستحيل الى خشك يشة  
ويتكون نضج حديد في باطن الجلد وتقرح حوى وجفاف محصله تصير  
الخشك يشة المكونة سميكه وتحاط الحوى بصلة بحافة يجف محصلها أيضا  
لكن حيث كانت هذه الخشك يشة الدائرية أكثر فترطها عن المركزية  
تكون الخشك يشة في الروبيبا أكثر تخفا في المركز ومفرطه في الدائر في نغز  
تكون شبيهة بمغفظة القوقع وتكون الروبيبا في الغالب عرضا من اعراض  
الداء الزهري البتني وأما أسباب الروبيبا غير الزهريه فغير واضحة وهذا  
الداء يشاهد كالا كتيما النوكية عند الانحصاص المنو كين غالبا

### في الاعراض والسير \*

مجلس الروبيبا الزهريه غابا الامراف والحوى بصلات المتكونة على  
قاعدة سجرة تكون منغزلة غير متوزرة ومحصلها الذي يكون ابتدا صافيا  
يصير مفر او مضا أو حجرا كذلك والقشور الناقصة عنها تكون ذات لون

دا كن ثم تكسب الهيئة السابقة وعلى حسب اختلاف سمك القشور مخففا  
ورقة تمير الروبيا الى بسيطة و بارزة وبعد سقوط هذه القشور تشهد تساهات  
أوقروح غائرة تنعطي بسرعة بقشور جديدة وقد يحصل بدل التقرح تميل  
غشغريني يعرف بالروية الغنغر ينمية أو الخشكر يشية ومتمحل الفقاعات  
في هذه الحالة يكون ومخا أو مسودا وتوجد الادمة أسفل الخشكر يشة  
متهتكة ومستحيلة الى قروح غسرة الشفاء وكأن كلامن الروبيا البسيطة  
والبارزة ينتمى بالشفاء ويخلفه ندب التحامية سطحية بجمه نوية تنعش  
الروبيا الغنغر ينمية عكس ذلك بالهلاك عقب تقدم النهوكة

### ✽ المعالجة ✽

معالجة الاضطراب البني في الروبيا هي الرئس الوحيد حتى أمكن ازالته  
تكون أسفل القشور طبقة بشرية والتحمت الاجزاء المربضة فان لم يتيسر  
ذلك كانت المعالجة الموضوعية ايضا مجردة عن الفائدة ولاجل المساعدة  
على الشفاء ينبغي وضع الضمادات الفائزة لالانة القشور واما القروح التي  
تكون أسفلها فتحتاج لمعالجة منبهة لاسيما بالجر الجهنمي او بمحلوله المكرر

### ✽ البحث الثاني عشر ✽

\* (في البسور يازس أى الطفح الجلدي القشري) \*

### ✽ كيفية الظهور والاسباب ✽

يظهر في البسور يازس على الجسد دلتخ صغيرة أو كبيرة مستديرة تكون  
مجلسا لتكون بشري عظيم على شكل قشور مبيضة وقد شاهد الطبيب  
(ورتميم) في أبحاثه التشر بجمية غوا في الحلمات الجلدية وتعد الى الاوعية  
المارة فيها ووجد (فيمن) ان كلامن الخلايا البثرية والشبكة  
المليحية في حالة عظيم والحلمات متزايدة في الحجم لاسيما الكائنة في الطفح  
القديم وكل من الادمة والجسم الحلمي يمثل بمخلا باعددة على طول الاوعية  
وحينئذ فالبسور يازس يعتبر تغيرا من ضما في الطبقات السطحية من الجلد  
والجسم الحلمي ومع ذلك فكل من غوا الاجسام الحلبية وتراكم الخلايا ياليس  
من الظواهر الواضحة لبسور يازس بل ان هذه التغيرات تبعا الراي (فيمن)  
توجد في غير هذا المرض من الامراض الجلدية المزمنة كالجزع والبروجو

وتحو ذلك وأسباب البسور يازس مجهولة فان هذا المرض الذي يوجد في جميع طبقات العالم لا يمكن اعتباره ظاهرة دسكرازية فانه يصيب اشخاصا سليمين ذوى صحة جيدة بل اصابته لهؤلاء أكثر من الاشخاص الضعفا المنهوكين والمؤثرات الظاهرة المهيجة لاتحدته وقد يكون في بعض الاحوال وراثيا والداء الزهري لا يكون مطلقا سببا في حصول البسور يازس الحقيقي و تصاب به الرجال والنساء على حدسوا وأما الاطفال والشيوخ فيندر اصابتهما به وفي العصر المستجد قد ذهب بعضهم الى أن البسور يازس متعلق أيضا بمرض عصبي

الاعراض والسيرة

الطفح الجلدي البسور يازس يظهر دائما على شكل نقطة صغيرة حمرة وفي حجم رأس البسوس مثبت عليها قشرة مبيضة (وهذا ما يسمى بالبسور يازس النقطي) ومن هذا الشكل تنشأ تبعالهبرا الاشكال المختلفة من البسور يازس وذلك بامتداد التغير المرضي وانتشاره ثم تقهره فملا ينشأ من البسور يازس النقطي بامتداد النقطة من دائرتها نوع هالة عدسية وهذه مالم تنفصل الطبقة البشرية المتراكمة عليها بموجات ظاهرة تشابه النقطة السابقة ويسمى حينئذ بالبسور يازس النقطن وبتساعها زيادة عن ذلك تكسب شكلا شبيها بقطع المعاملة ومن هذا الشكل يشأ عدة اشكال أخرى أيضا كالبسور يازس النجمي والحاقي الذي تسميه العوام بالجدام الاعتيادي وبانضمام الحلقات لبعضها يحصل تقطع في بعض أصفار من دائرتها ومن ذلك ينشأ شكل البسور يازس القوسى وان اختلطت البقع مع بعضها حال اتساعها تكون شكل البسور يازس المختلط ثم ان المجلس الاعتيادي للبسور يازس هي الاطراف لاسيما الركنين والمرقين وهناك أحوال عديدة يتبقى فيها المرض قاصرا على هذه المحال عدة سنين بدون ان يظهر منه أدنى اثر في الاجزاء الأخرى من الجسم ومع ذلك فقد يشاهد هذا المرض على فرة الرأس والقفا والاذنين والوجه وغبيرهما من أجزاء الجسم وأماراحة اليدين وأخص القدمين فلا يشاهد فيها البسور يازس الحقيقي مطلقا بخلاف الطفح الزهري القمري فانه يشاهد



فيها بكثرة بحيث ان وجوده مثل هذا الطفح في هذه الحال يدل دائماً على وجود  
 الداء الزهري البني وعندما يكون البثور يازس منتشر على جميع سطح  
 الجسم تشاهد أغلب الاشكال السابق ذكرها على اختلاف تقدمها فبعض  
 الطفح مثلاً يكون أخذاني التنفاس والبهاتة فتظهر نقط صغيرة محمرة تبدل على  
 حصول طفح جديد وهذا الميل للتردد هو النسب في نقل انذاره فانه بعد زوال  
 الطفح بالكلي لا يكون المريض آمن من تروده بعد من طويل أو قصير وحيث  
 ان هذا الطفح لا يحدث إلا نادراً فلا تذكر منه المرضي الا قليلاً ولذا أن  
 أغلبهم لا يلجئ للعلاج ما لم يكن الطفح مغطياً لاجزاء عارضة من الجسم  
 ومحدثة للشوه ولا يكون لهذا الطفح ادنى تأثير في الصحة العامة وانه غير  
 معد بالكلي والامر المعلوم ان التغير المرضي للبثور يازس لا يستمر  
 زماً طويلاً في الحال المصيبة لها بوجهه عدم تغير الجلد تغيراً عميقاً في هذا  
 المرض والاحوال الاستثنائية التي فيها لا يزول التغير المرضي بسرعة  
 ويعتري الجلد ثخن عظيم ويصير قحلاً مشققاته يسمي بالبثور يازس  
 المستعصي

### (العلاج)

شفا المرضي من البثور يازس شفاء تاماً مستمر الا بتيسر الانادرا ومع ذلك  
 فعلاجة هذا الداء تعتبر من المعالجات المفيدة ولو كانز واله وقتياً وينضم  
 لذلك ان المعالجة موضعية القوية يمكن تحملها في هذا الداء زيادة عن  
 غيره من أمراض الجلد فينبغي معالجة كل طفح قشري بسور يازي بالوسائط  
 الموضعية القوية فيبتدى أولاً بالحمامات البخارية ثم بتنظيف الاجزاء من  
 القشور بواسطة الصابون والفرشة الناعمة وان لم يتيسر استعمال الحمامات  
 المذكورة تستعمل الحمامات الفائزة المستمرة وبعدها القشور وان التها  
 يطلى المحل أو يدلك بالصابون الطبي الاخضر و يكرر ذلك مرتين كل يوم  
 والاجود حفظ المريض في فراشه مغلفاً بأحرمة من الصوف في أودية أو قفص  
 ثم يصير ابطال تجديد المعالجة الموضعية مدة ثلاثة أيام مع استمرار تغليف  
 الجسم بالأحرمة المتشعبة من الصابون الطبي و بعد مضي هذه المدد تستعمل  
 الحمامات الفائزة وهذا العلاج الدوري يفي في تجديد صرة أخرى أو جديدة

مرار على حسب النتيجة المتحصل عليها وقد نبه هيراعلى انه من الضروري  
 ذلك البورات الموجود فيها الطفح البسور يازى بالصابون الطبي بواسطة  
 قطعة من الصوف او فرشاة دلسكافو يا حتى يحصل الادماء وحيث ان هذه  
 الطريقة مولمة جدا فلا ينبغي فعلها الا مرة واحدة في كل دور من أدوار  
 المعالجة وان كان الطفح منشرافلا يجوز فعلها الا في محل بعد الاخر وان كان  
 الطفح قاصرا على بعض أجزاء الجسم فلا حاجة لاستعمال ذلك العمومي  
 وتغليف الجسم باحرمة الصوف بل يكفي هذا الدلك الموضعي وتغطية الجزء  
 المريض بقطعة من الصوف متشعبة بالصابون الطبي وحيث ان هذا الجوهر  
 الدوائى ذورائحة غير جيدة فيمكن استيعاضه فيما اذا كان الطفح في  
 الوجه أو الرأس بالروح الصابونى القلوى تبعالهما (وهوان يؤخذ من  
 الصابون الطبي ٣٠ جرام ومن الكؤل ١٥ جرام يذوب ويصفى  
 ثم يضاف اليه من روح الخزاما ١٠ جرام) وان كان البسور يازم  
 محدودا فمن الجائز استعمال مرهم الراسب الابيض على التعاقب مع  
 المعالجة السابق ذكرها وبدلا عن الصابون الطبي أو عقب استعماله  
 كثيرا ما تستعمل الاستحضارات القطرانية فانها من الوسائط القوية  
 والمستعمل اما القطران النقي بان يدلك به مرة أو مرتين كل يوم بواسطة  
 فرشاة دلسكافو يا على الأجزاء التى ازيلت منها القشورا وانه يستعمل بدلا  
 عن القطران البسيط صبغة القطران المأخوذة من زيت القطران ومن  
 روح النبيذ من كل ٥٠ جراما أو يستعمل مرهم القطران المذاب المأخوذ  
 من زيت القطران ومن الصابون الاخضر من كل ٢٥ جراما ومن الكؤل  
 ٥٠ جراما) وذلك لسهولة جفافها وينبغي استعمال القطران مع  
 الاحتراس فانه فى اثناء استعماله قد يحصل انتفاخ شديد والتهاب فى  
 الجلد وحينئذ ينبغي ايقاف المعالجة وزيادة عن ذلك ان كان الطفح ممتدا  
 ومصبيا نحو تلك الجسم فيمكن حصول عوارض خطيرة عقب امتصاص  
 القطران كالون الداكن أو المسود للبول مع الرائحة القطرانية والتبرز  
 المسود والغثيان والقئ من مادة مسودة وألم الرأس بل والجي لكن هذه  
 الظواهر تزول بسرعة عند تحريض افراز البول وايقاف استعمال هذا

## الجواهر الدوائى

ومن المستعمل بكثرة حمض الكبر بوايك أى الفينيك ٣ جرام منه على  
 ٣٠ جرام من المرهم البسيط ويدلك به الاجزاء المصابة بعد نزاع القشور  
 بدلا عن القطران وكذا ذلك بحمض الخليك مخفقا بقدره من الماء بل  
 وان كانت الاجزاء قليلة الحساسية يدلك به صرفا وهذا يستعمل فيما اذا  
 كان الطغم محدد وداوق قليل الامتداد جدا وفي الاحوال المستعصية أو  
 الاحوال التى يراد سرعة المعالجة لها يمكن استعمال محلول كبريتور  
 السكس الذى أوصى به ابتداء فليمتكس في الجرب واستعمله أخيرا هبى فى  
 امراض جلدية اخرى بان يؤخذ من الكبريت العام ودرزطلان ومن الجبر  
 غير المظنى رطل واحد ويغلى ذلك في عشر يرزطال من الماء الى ان يبقى منه  
 اثنا عشر رطلا وبعد البرودة يصفى وهذا السائل السكاوى الخفيف يدلك به  
 في المحال المريرة بقطعة من الصوف اما ذلك كاشديدا الى ان يحصل الادماء  
 وحينئذ يكون ذلك في محل قليل الاتساع لشدة الالم وفي ازمته يعسده عن  
 بعضها وبعد جفاف ذلك يستعمل حمام فاتر موضعى أو عموى ثم يطلى  
 المحل بالمرهم البسيط أو الزيت او ان يدلك به دلكا طيفا مع التكرار  
 والنجاح الغير التام للمعالجة الموضوعية في البسور يازس لا يكون في الغالب  
 ناجحا عن استعمال أحد الجواهر الدوائية دون الآخر بل عن استعماله  
 السطحي الغير الجيد ثم انه وان جاز شفاء البسور يازس بواسطة المعالجة  
 الموضوعية مع السرعة والتاكيد لا ينكر انه يمكن الحصول على هذه الغاية  
 باستعمال الزرنج من الباطن وحيث ان هذا امر ثابت والتجارب المعروفة  
 ايضا من ان المعالجة الموضوعية لا تقي من السنكسات وكذا عدم حصول ادنى  
 ضرر من المعالجة الزرنجية نوصى ولا بد بضم المعالجتين الى بعضهما والزرنج  
 يستعمل عادة على صفة محلول فاليربان يتبدل بست نقط كل يوم منه ويراد  
 نقطة واحدة كل ثلاثة ايام أو اربعة الى ان يوصل الى عدد ١٣ نقطة  
 أو يزيد والمعلم وابل يستعمل الحبوب الزرنجية فانه بهذه الطريقة يمكن ضبط  
 مقدار الزرنج زيادة عن استعمال المحلول وهو يصنع حبوبا مكونة من  
 الزرنج الابيض محلول في الماء المغلى مع الخبز الاسمر والقلقل وكل ٣ حبة

من هذا الخسار تحتوى على ستة سنجرام ويعطى من هذه الجواهر في  
الابتداء ثلاثه في اليوم ويزاد العدد شيئاً فشيئاً وعند الاحساس بطفق  
المعدة وتدهع في العين ينبغي ايقاف المعالجة وأما غير ذلك من الجواهر  
الدوائية فقد ترك الان

### المبحث الثالث عشر

#### في الخزاز أى الطفح الجلدى الحلقى

قد نبه العلم ههنا على عدم فائدة تقسيم هذا النوع من الطفح الجلدى الى  
عدة أنواع كما كان جارياً الى وقتنا هذا واطهر هذا الشهير ان تقسيم الخزاز  
الى خمسة أنواع كما جرى عليه ولاين غير ضرورى وان تلك الأنواع قد دخلت  
تحت أنواع أخرى من الامراض الجلدية فان تكون الحلمات بانفرادها  
ليس واحداً للخزاز بل ان الواصف له هو اثبات ان نوع هذا الطفح الحلقى  
ناشئ عن تغير مرضى مخصوص فاشتمت به وهى هذا يميز العلم ههنا الخزاز  
شكابين

الاول الخزاز الخنازيرى وهو يتصف بوجود حلمات جربا تة مجمعة مع  
بعضها على هيئة أقراص مستديرة كثيرة أو قليلا ذات اتساع مختلف وجوهر  
هذه الحلمات يتكون من اخلية فضيئة فى الاجربة الشعرية والدهنية ونحوها  
وهذه التكوينات الخلائية تحدث فيما بعد تحدد فى الاجربة الشعرية وفوقها  
مع تكون قشرة صغيرة عليها من مواد بشرية متجمعة وهذا الطفح الذى  
يصيب الخنازير بكثرة وينذر اصابته للاطراف يشاهد بالاكثر عند الاطفال  
زيادة عن البالغين مع غيره من ظواهر ذاء الخنازير كما تتفاخ المقدماتى متفاوتة  
والانسوس والانسكروز والقروح الخنازيرية للجد ودرن المساريقا والسئل  
الرتوى والحلمات فى هذا الشكل تكون غير محدثة لا كلان وذات سير بطى  
وتشفى فيما بعد فتخلفها أثره بجمه نتيجه معطاء بقشور ومع تجدده هذا الطفح  
الحلقى يمكن ان يستمر جله سنين بدون ان يتفج عنه اذى ضرر  
الثنائى الخزاز الاخضر وهو شكل حشرى نادر جدا وله فى انتهائه سيره مشابهة  
عظيمة بالمسور يازس ويتكون فى ابتداءه تعدادات اى حلمات منه زلفن  
بعضها ذات لون مجمر معطاء بقشور رقيقة غير محدثة لا كلان ولا تمتد لمن

دائرا متساوية تكرار ظهور تلك الحلمات تقارب من بعضها فاقدة مثل المسافات  
 الخالية السكائنة بينهما الى ان تتلا من من دائرتها بحيث تكون لطخ عظيمة  
 محجرة من تشيخه مغطاة بشور ومع طول الزمن وامتداده قد يتعمق على جميع  
 سطح الجلد بتلك الحلمات المحمرة واللطخ الناتجة عنها وهذه الحالة تحدث  
 الا ماشددة ولها كغيرها من العاقبات الجلدية العمومية تأثير مضر على  
 تغذية الجسم بحيث ان المرضى تموت من التوركة

### المعالجة \*

قد استعمل المعلم هيرا في الشكل الحمازيرى من هذا الداء زيت كبند  
 الحوت من الباطن والظاهر مع النجاسات العظيمة من الباطن بنظيفة من نصف  
 أوقية الى أوقية متين خصوصا الزيت النقي التور ويجب فيعطى نصف  
 هذا المقدار صباحا والنصف الآخر مساء وأمان زاد المقدار عما ذكر فان  
 الزيت يخرج بدون تغيير مع المواد البرازية وأما استعماله من الظاهر فلا يكتب  
 فيه بذلك الجلد ينبغي حفظ ملامسته للجلد دائما وأما الحزاز الاخر فلا  
 يخرج فيه جميع الطرق العلاجية وانما باستعمال الزئبق المستعمل من الباطن  
 يظفران له تأثيرا جيدا في بعض الاحوال لكنه وقتي

### المبحث الرابع عشر \*

(في البرير جو المعروف بالحكة) \*

### كيفية الظهور والاسباب \*

الحلمات المنعزلة الواصفة للبر ويجو تكون ذات لون كالون الجلد المحيط  
 بها وانما قد تكون قليلة الاحمرار وحجمها من حبة الشعلة الى رأس  
 الدبوس وتكون ذات اكلا شديدا وتكون من حلمات مترايدة في الجسم  
 منعزلة من تشيخه بمادة مصلية قليلة صافية أو صفرة متجمعة تحت الطبقة  
 البشرية المتكاثفة الكثيرة المادة الملونة وفي الاحوال المتقدمة يحصل  
 ثخن وانتفاخ في الجلد نفسه والمجموع العددي والسبب الاصل في ظهور  
 الاكلا الشديدي تلك الحلمات غير معروف بالكلية فان كانا في زعم ان  
 منشأه الاصل في الاعصاب الجلدية ويعتبر هذا الداء من ضاعصبا بخلاف  
 هيرافانه يعتبر ان التغيير المرضي الاصل في عبارة عن ازدياد في افراز المادة  
 العنصرية المتكونة منها البشرية وهذا يحدث تهيجا في الجسم الحامى السكائ

اسفل منه بحسب غزيب والبرور يجوز يشاهد عند الاصحاء كما يشاهد أيضا  
عند المرضى والمنهوكين ويحصل هذا المرض في السنين الاربعة من السننة الخامسة الى  
الحيمة بدون ان يكون وراثيا والقالب انضاحه من السننة الخامسة الى  
السابعة ويوجد هذا المرض عند الفقراء الرديء التغذية والنظافة في  
طفوليتهم زيادة عن الأغنيا ويصيب الذكور أكثر من الاناث

✽ الاعراض والسير ✽

العلامات المدركة الواضحة من هذا الداء ليست هي الحلمات الصغيرة  
المنشرة التي لا تكاد تعرف أحيانا الا باللمس بل التغيرات التي تعترى الجلد  
من الاحتكاك المستمر فانه بالهرش بالظافر تنفصل الطبقة البشرية بكثرة  
من تلك الحلمات ومن ذلك تنشأ نسلحات صغيرة وأنزفة والدم المنسكب يجف  
على هيئة قشور وهذه القشور الدموية الصغيرة العديدة التي تبقى بعد تمسك  
الحلمات هي التي تتضح بالاكثر على جلد المصابين بالبرور ويجوز وكثيرا ما يوجد  
على ساطع الجلد أيضا بعض ارتفاعات أو بثرات جديدة أو جافة قد توقع  
الطبيب في الخطاء عند البحث فيظن بوجود طفح أجري ماوى أو اكنيماوى  
بل وقد تخنط النغريات الجلدية الناشئة عن الجرب أو القمل وقد تنسج  
ايضا عن الهرش بالمرض الجلدى الذى نحن بصددده ومن الامور المهمة  
التي يرتكن اليها في التشخيص الجلدى اعتبار الحمل الموجود فيه الطفح  
والتسلخات فاذا كانت هذه التغيرات ناشئة عن القمل وجدت في المحال التي  
تكون فيها الاقصة ثنيات أغنى في الاجزاء العليا من الصدر والظهر ولذا ان  
وجود تلك التسلخات حول الجزء السفلى من العنق على هيئة مسج يوقظ  
الطبيب المتمرن للبحث عن وجود هذا الحيوان الطفيلي ويتميز كذلك  
البرور ويجوز عن الجرب يكون الطفح ليس ناشيا عن عدوى ولا عن نوم الشخص  
مع أشخاص آخر وبكون المعالجة الجربية لم تعد بفايدة وبكون ابتداء  
الطفح حاصل من سن الطفولية ومع هذا ينبغي الملاحظة في امكان وجود  
تضاعف بينهما ولا سيما ان الأشخاص الذين تسكروا صابونهم بالبرور ويجوز  
كثيرا ما يوجد عندهم حيوان الجرب والقمل  
ثم ان البرور يجوز ولا يصيب جميع الجسم على حد سواء فان الحلمات لا تظهر

في الوجه مطلقا او تظهر فيه بعدد قليل جدا وكذا فروة الرأس تبقى مصانة عنه ومع ذلك فالشعر يكون فاقد الامان ترائي ويشاهد في الجذع عدة حلقات غالبا بسكن التغيرات المهمة توجد في الاطراف لاسيما في جهات الانبساط وتكثر هنا اصابة الساعدين دون الهمدين والساقين دون الفخذين وعند استمرار هذا الداء زمانا طويلا يظهر الجلد ثخيننا في الجهة الباسطة وذلكون داككن بجمعتي بسبب تكرار تسليخه بالهرش وتكون البشرة جافة هشة مفلسة تغلسا دقيقا ولذا يظهر كأنها عايمار شاش دقيق وخرشنة عند لمسها وأما في جهة الانقباض فان جلد الاطراف فيها يكون قليل التغير وفي محل اثناء المفاصل وراحة اليدين واخص القدمين والاعضاء التناسلية فان الجلد يكون خاليا عن الحلقات وعن التغيرات التي تنتج عن الهرش والعقد الليفافية المتصلة بها الاوعية الليفافية الليفافية من المحمل المتبرج من الجلد تكون كثيرة الانتفاخ والاسيما العقد الاوربية (وتعرف بخير جلان الحسكة) ويميز البروريجوش كالان على حسب درجته وهما الشكل البسيط أو الخفيف الشدة والشكل الثقيل او الثملي المتصف بظهور حلقات عظيمة محبوبة بالكلان غير مطاق وتسليخات عديدة وتلون مسمر داكن بجمعتي في الجلد وتكون قشور بشرية غزيرة عليه

ثم ان البروريجوش من الامراض الكثيرة الاستعصاجا وهو وان حصل فيه انحطاط عظيم في اثناء الصيف عند ازدياد افراز العرق بحيث يظن حصول الشفاء الا انه يحصل فيه ثوران تابعي وعلى ذلك يمتد هذا المرض طول الحياة بل ذكر هيرا انه لم يشاهد حالة واحدة حصل فيها شفاء تام ولذا يزعم ان الشفاء المقول به من بعض اطباء ناشئ عن اختلاط هذا المرض بغيره من الاحوال المرضية المشابهة له كالانجيرية المزمنة والاجرما والجرى ونحو ذلك واما فيمن فانسجاف هيرا من هذه الحيشية ويقول بقابلية شفاء هذا المرض عند الاطفال الذين لم يستمر هذا المرض عندهم الا زمانا قليلا

### المعالجة

شفاء البروريجوش الحقيقي شفاء تاما وان كان عمر اجدا الا انه يكابيه بسرعة على

الدوام احداث تلطيف وقتي او انحطاط تام وقتي وذلك باحداث تباين  
وانقباض في الطبقات السطحية من البشرة باستعمال الوسائط الرخية  
والمفسدة لها واجود طريقة للعلاج هو ان يفعل ابتداء كما في البثور يازن  
والجرب ذلك بالصابون الطبي من ثمانية ايام الى اربعة عشر ثم يستعمل  
منهم ولو كنسون وعند الاشخاص القليلي الحاسية الملك بحلول  
كبريتور الكلس كما في الطريقة العلاجية السبعة في الجرب ثم يجتهد في حفظ  
النتيجة المتحصل عليها بواسطة استعمال الحمامات الفاترة الطويلة المتكررة  
أو الحمامات البخارية أو التلغيف بالملاط المبتلة على حسب طريقة  
(بريزنتس) او ذلك المتكرر بالجواهر الشحمية أو مس الجلسد بالقطران  
ثم استعمال الحمامات الفاترة المستضيلة حالا

\* المبحث الخامس عشر \*

\* (في الاكثة الاعتيادية او المتفرقة وتعرف بحب الشباب) \*

\* كيفية الظهور والاسباب \*

الطفحات الجلدية المختلفة المعبر عنها بالاكثة مماثل بعضها من حشمية  
كونها تنشأ عن التهاب الغدد الدهنية والاجربة الشعرية وتظهر اما على شكل  
تقرحات او عقداو بثور فاما الاكثة المتفرقة التي نحن بصددھا فانھا تشاهد  
عند اغلب الاشخاص لاسيما عند الشبان قبل البلوغ أو بعده وهذا الاثر  
هو الذي اوقع في الخطاء والظن بان هذا الطفح له ارتباط بالوظائف التناسلية  
اي بالافراط من الشهوات والامتناع عنها (ومن ذلك سمي هذا المرض  
بحب الشباب) ويوجد في جوار الاكثة الاعتيادية نقط مسودة عديدة  
تعرف (بالكوميون) تنشأ عن اضطراب في افراز المادة الدهنية  
الجلدية وتتركها في قوھة القنوات المغرزة للغدد والاجربة الجلدية ويظهر ان  
هذا الشكل من الاكثة ينشأ عن تراكم الافراز الغددي واحداث تهيج  
في جدرانها وانتهابها وهنالك شكل اخر من الاكثة غير متعلق باحتباس  
الافراز الغددي الجلدي ويظهر ان له ارتباطا ببعض الامراض المنهكة  
كداء الحزازير والتسوس والاسكر بوط ويسمى هذا الشكل المعظم هيرا



بالاكنة النهوكية. وهنالك شكل من الاكنة يعرف بالاكنة الصناعية  
 ينشأ عند بعض الأشخاص عقب المس بالقطران وعقب تأخير الابخرة  
 القطرانية على الجلد ويظهران ككلامن يودور وبرومور البوتاسيوم  
 يحدث تأثيرا مماثلا لذلك عند استعماله من الباطن ناتج عن ظهور الاكنة  
 الاعتيادية والذكورا كثيرا عند ادا للاصابة بالاكنة عن الاناث ومع ذلك  
 فقد يظهر عند الشباب بقرب سن البلوغ او بعده حالا لون غير نقي في  
 وجوههم فيفزع منه الامهات المعجبات بيئاتهن  
 \* الاعراض والسير \*

المجلس الاعتيادي للاكنة الاعتيادية هو الوجه ثم الظهر ثم الصدر ثم  
 العضدان والتغير المرضي ينتدى باحمرارا وانتفاخا في جزء محدود من الجلد  
 توجد في وسطه النقطة السوداء الكميبدو (وهذا ما يعرف بالاكنة  
 النقطة) ثم يزداد كل من الانتفاخ والاحمرار اما بسرعة او ببطء وكثيرا  
 ما تظهر قشرة على قمة العقدة الاكنية تحجب عما قبل من الزمن فيحلقها  
 قشرة مسمرة ثائية والحلمات الانية ان كان تقيحها شديدا تمتد الى جوهر  
 الجلد نفسه اخلفها ندب الخمامية شبيهة بالاثرة الجدرية (وهذا ما يعرف  
 بالاكنة الجدرية) وبعض التقعدات الاكنية يسير سيرابطيا جدا  
 بحيث لا تتغير حالتها مدة جولة اسابيع لسكنها كما تسبب مع التدرج بامتداد  
 الالتهاب من العقدة الجلدية الى جوهر الجلد المحيط بها حجم الجمرة او الفولة  
 وتلون بلون احمر داكن ثم تتلاشى شيئا فشيئا مع تغلس البشرة (وهذا  
 ما يسمى بالاكنة المتيمسة) والطفحات الاكنية الجلدية المنتشرة لا تظهر  
 دفعة واحدة بل واحدة بعد الاخرى بحيث يرى الطفح في جميع درجات  
 تسكوته واما التشخيص فينبغي التنبيه فيه على ان الاكنة المتفرقة يمكن  
 اختلاطها بالطفح الجلدي الزهري الحلي او البثرى ولا سيما ان كان الطفح  
 الزهري من نوع الاكنة حقيقة بمعنى ان مجلسه جدر الاخرية الجلدية  
 (وهو المعروف بالاكنة الزهري) وهذا يعرف بوجود النقط السوداء في  
 مركز الطفح النافذ منه الشعر وتشخيص الطفح الزهري حينئذ يستلج  
 من وجود علامات اخرى دالة على الداء الزهري وقد يدل المجلس الغدير

الاعتیادی للآکنة الاعتیادیة کفروة الرأس او التلون الاحمر الحامی فی  
هذا الطفریح علی ان ینبوعه زهری

معالجة

الآکنة لا تكون متعلقة بفساد فی الدم ولذا ان الوسائط المسمومة بالمنقبة لادم کغلی  
بعض الاعشاب والمسهلات لاتسهل فی معالجة هذا الداء وكذا ینبغی تجنب  
غیرها من الوسائط العلاجية الباطنة فانما اقليلة الجدوی ولذا ان الوسائط  
الموضعية الظاهرية اقوی منفعة منها فان ذلك التعتقدات الاکنية کل  
یوم بالصابون الاعتیادی فيه فائدة وبذلك یسهل طرد السدد الموجودة فی  
فوهات الاحربة الجلدية واقوی من ذلك الدلك کل مساء بر فادة من الصوف  
مع الصابون البوتاسی او بروح الصابون البوتاسی (المذکور کورتر کیمیة فی  
معالجة البسور یازس) مع طلی الاجزاء مدة اللیل بالجلسرین او المرهم البسیط  
بقصد الالة السدد وزیادة عن ذلك ینبغی الالتفات الی عصر المقد الاکنية  
الغیر الملتببة کاسیاتی ذکره او تشریط العقد الاکنية البشرية المتفحصة  
بسن الریشة وفی الاحوال التي فیها لاتکنی الغسلات الصابونية المذکورة  
یستعمل الماهل هبرا الدلك بالعجینة الکبریة بتمیة الاتیة بواسطة فرشة تترك  
علی هذه التعتقدات مدة اللیل وهي مرضکبة من زهر الکبریت ومن  
کربونات البوتاسا ومن الجلسرین ومن ماء الغار الکمرزی ومن روح الثبید  
اجزاء متساوية اعنی من کل سبعین جراما یمزج ویعمل عجینة وتستعمل  
کاسبق وكذا من المستعمل بکثرة غسلات کلقد فانها کثیرة المنجاح فی معظم  
الاحوال (وهوان یؤخذ من زهر الکبریت ٨ جرام ومن الکافور نصف جرام  
ومن الصمغ العربی جرام واحد ومن ماء الجیر ومن ماء الورد من کل ٦٠  
جراما) ثم یزج مرضا جیدا وبعد رجة رجاة عظیمة ما تمس به التعتقدات  
الاکنية ویترك للجفاف طول اللیل وینظف فی الصباح بالمصیح بالخرق بدون  
انغسل بالماء وعند الامتصاص الذین یمکنهم الاقامة فی منازلهم یستعمل هذا  
الدواء طمس صباحا ومساء والعادة انه بعد اذ الة هذا الدواء یغسل الوجه  
بالماء البارد المضاف الیه قلیل من صیغة الجاوی ومع جودة تأثیر هذه المعالجة  
فی الآکنة المتفرقة هی وغیرها من الوسائط العلاجية الموضعية الاخری

لا ينكر ان الجراح كثير اما يكون وقتها فقط وان الطفح يتكرر بجملة مرات عند الشبان الى ان ينطفي عندهم الاستعداد لتكوينه والا كنه الصنعية تزول بيته او بمرعة متى صار ابطال استعمال الجوهر الدوائى من الباطن او الظاهر

في البحث السادس عشر

\* (في السيكوزس المعروف بالا كنه الذقنية) \*

(وتسميه العوام بعوضة الذقن)

لا شك الآن في ان هذا الداء يميزه شكلان مختلفان عن بعضهما بالنسبة لمنشئه الاول الشكل الاعتيادى أى الغير الطفيلي والثانى الشكل الطفيلي فأما الشكل الاعتيادى فأسبابه غير معروفة حتى المعرفة بحيث ان القول بحصول هذا الشكل من الحلاقة بأوس غير سادة أو من الجرح وقت الحلاقة أو من استعمال صابون مهيب أو من قلة النظافة أو من تبيح الشفة العليا بواسطة الشوق أو نحوه لا يعول عليه وغير ذلك يقال بالنسبة للنظريات القائلة بحصول هذا المرض من غوشعر جديد قبل سقوط الشعر القديم ووجود شعرتين حينئذ في جراب واحد وتأثيرهما تأثيرا مهيجا أو من غلظ حجم الشعر بالنسبة لاتساع فوهة الجراب الشعري ونحو ذلك وأما أسباب الا كنه الذقنية الطفيلية فقد اتضح لنا بواسطة المعلم جروى وبازان وكوبينير وتوجد أمثلة عديدة تؤيد منشأ هذا الشكل بانتقال نبات طفيلي من بعض الحيوانات المصابة بمرض جادية (كالخيل والبقار والكلاب والمعز) واما طبيعة هذا النبات الطفيلي فلا شك أنها مماثلة لطبيعة النبات الطفيلي المحذث "هريس الطفيلي المعدى وقد شاهدت امرأة في اكلينك جيسن مصابة بالهرس الطفيلي في ساعدها وكانت خادما لرجل مصاب بالا كنه الذقنية الطفيلية وعمد فراسه كل يوم وزيادة عن ذلك فان الحيوانات انى تحصل منها العدوى تكون مصابة في العادة بالهرس الطفيلي والنبات الطفيلي يوجد في قاعدة الشعر المتزوع بالنتف ويشاهد بالمكروسكوب ثم ان الطفح الواصف للسيكوزس عبارة عن تقدمات صغيرة في حجم حب الشهدانج أو الحصاة او بشورتظهر اما على قمة التقدمات أو بانفرادها وكل من تلك

التمتع لذات أو البثور ~~يكون~~ منقوبا في مركزه بشعرة فان نزعته هذه  
 المشعرة بالجفت ظهرت نقطة صغيرة من القمح أو الدم في الفوهة  
 وذلك لان كل عقدة سيبكوزية تشتمل على جزأ شعري ملتصق ومتقح  
 وهذا الطفح يشغل أجزاء الجسم والعنق المغطاة بالشعر اما بعضها  
 أوجيها ولا يشاهد مطلقا عند الذكور غير الملتحيين ولا عند الاناث  
 مصديا لهذه الاجزاء ويندر أن يشاهد في غير هذه الاجزاء من الجسم  
 الموشهة بشعر غزير كفوهة الانف وجزء الشفة العليا القريب منها وحفرة  
 الابط والاجزاء الاستحيائية المغطاة بالشعر والحاجبين ويندر مشاهدته  
 جدا في فروة الرأس وهما يكون تابع الاظهور الاجزاء وعند تقدم سبب هذا  
 المرض يكثر تولد تلك التمعقات فتمتقارب من بعضها بحيث يظهر الجلد انه  
 من تشمع وثخين باسواء وكثيرا ما تتكون فيهخراجات صغيرة مستديرة بسبب  
 انضمام البورات القهجمية الصغيرة من بعضها وتولد البثور على سطح الجلد  
 ينتج عنه تفصح مسمر يجفافه تتكون طبقة قشرية على السطح المرض بل  
 قد تظهر أحيانا على سطح الجلد تولدات تشبه الدرن العريض ومدة الشكل  
 الاتمابي الاعتيادي من السيكوزس طويلة غير محدودة متى تركه هو  
 ونفسه فقد يستمر جملة سنين وان حصل الشفاء بعد مكث هذا المرض زمنا  
 طويلا خلفه ندب التحامية خفيفة لا يظهر عليها الشعر الا قليلا أو يفقد  
 بالكامل بسبب الاجابة الشعرية وأما الشكل الطفيلي من السيكوزس  
 فيتميز في الالتهابات فيه الى أن ظهور السيكوزس الاعتيادي يسبقه في معظم  
 الاحوال بالهر بين الطفيلي بحيث لا توجد من الابد التمعقات والبثور  
 المسبق ذكرها بل توجد قشور سنجابية حول شعر الذقن أو توجد في مجال  
 آخر كثيرة الشعر خلاف الذقن كالفناء والعنق مثل الطفح الهرسي  
 الطفيلي الاعتيادي ولذا انه في هذا الدور يسهل تمييز شكل السيكوزس  
 الاتمابي عن الطفيلي وأما عقب نمو الفطر في الاجابة الشعرية فكلا هذين  
 المشككين يكون واحدا وبالنسبة لاسير يظهر ان الشكل الطفيلي من السيكوزس  
 قليل الاستعصاء في الشفاء عن الشكل الاعتيادي منه  
 وتتميز السيكوزس يثنى اولا على مجالس الطفح ووجوده في الاجزاء

كثيرة الشعر من الوجه أو في محل آخر من المحال السابق ذكرها وعلى وجود  
 التعمقات والبثور الموجود في مراكزها شعر والاجزيمات التي تظهر أحيانا في  
 الاجزاء الكثيرة الشعر من الجلد لا يظهر فيها الا تنفاخ العقدي القاصر على  
 الاجزبة الشعرية وكثيرا ما تمتد الى اجزاء اخرى غير كثيرة الشعر من الجلد  
 ومع ذلك تنبه على ان الاجزيمات تستمر في مناطقها المصابة لاجزاء كثيرة  
 الشعر بمتدالاتها فيهما من السطح الظاهر من الجلد الى الاجزاء العميقة  
 منه والى الاجزبة الشعرية فينشأ عنها مرض جلدي يقرب جلدنا من  
 السيكوزس (سماها هرا بابا الاجزيمات السيكوزية)

(المعالجة)

السيكوزس الذي كان يعتمده سابقا من الامراض الاكثر استهصاء عن  
 الشفاء يمكن الآن شفاؤه مع التاكيد بعلاج موضعية لانه مستمرة فيبدأ  
 أولا بالانقار القشور اما بالاضمادات او الوضعات من الزيت ثم يقصر شعر  
 الذقن بحيث يسهل تنفغ بالمقاط وتنفع جميع الشعر المار من التعمقات  
 أو البثور أو مرض دوري للحصول على شفاء سريع وهذا العمل وان كان  
 يحتاج لزمان طويل ينبغي اجراؤه على جملة مرارا لانه غير عسر ولا مؤلم  
 مادام قاصرا على الشعر النابت في تلك التعمقات والبثور ومتاخلا بالقيح  
 حتى ان بعض المرضى يتعلم اجراء ذلك بنفسه وتنفع الشعر ينتج عنه انفتاح  
 الاكياس القيحية واستفراغها وهبوط الطفح ومع ذلك ينبغي تكراره كلما  
 تجدد نمو الشعر المر يض حتى يمكن تجنب التكرارات والخراجات الصغيرة  
 في الجلد التي لا يمكن استفرانها بتنفع الشعر ينبغي فتحها بالابضع وبعد  
 تنفع الشعر يلزم تغطية الجلد لئلا يصابون الاخضر أو بشرط من  
 المضمض مدهون بالمرهم المشمع أو طبخة من العجينة الصخرية  
 المركبة (من جزئين من زهر الكبريت وثلث من الكؤل وغروي الصمغ جزء  
 واحد) وذلك بقصد سرعة الانقار التعمقات اليابسة ونضجها وفي الاحوال  
 المتعمقة قد يجوز استعمال السكاويات فيكوى المحل المنفوخ شعوره مع  
 الاحتراز بحمض الخليك او محلول الجير اليهني المركز أو حمض  
 التعمقات المزمنة أو التولدات الدرنية بمحلول قوي من السليمان بواسطة

قصيد من الزجاج بان يؤخذ ( جزء من السليماني على جزئين من الماء المقطر )  
 وأما الشكل الفطري من السيميكوزيس فإدام الطفح على شكل الهميس  
 الطفيلى فتمسسه عمل فيه المعالجة المذكورة في هذا المرض وأما عند إصابة  
 الاجرية الشعرية فتمسسه عمل المعالجة المذكورة هنا في السيميكوزيس الاعتيادى

المبحث السابع عشر \*

\* ( فى الاكثة الوردية وتسمى بالنقط الوردية ) \*

( وبالانف الخماسى )

فى هذا الشكل من الاكثة الذى يكون مجلسه الوجهه خاصة يمتحنى التهاب  
 الغدد الجلديه فلا تتركون التعقدات ولا البثور الا كنيه وتظهر ظاهرة  
 مرضيه اخرى وهى كثرة الاوعيه الجلديه واحمرارها بل ويتضح لذلك  
 فى الاحوال المتقدمه ثخن فى الجلد عقب ازدياد نمو المسوج الحى لوى فيه  
 ومن المعلوم ان الافراط من المشروبات الروحيه لاسيما النبيذ والعرقى  
 ( والبوزه فى النادر ) يحدث هذا الطفح لكنه كثيرا ما يظهر بدون تناول  
 للمشروبات السكايه فقد دات التجارب بالمطابقه لقول هير ان الاكثة  
 الوردية تشاهد عند النساء أكثر من الذكور وبالاقلا تشكها الخفيفة  
 وقد ذهب هذا المؤلف الشهير الى ان الاكثة الوردية عند النساء تتعلق  
 باضطراب فى الخيفر وتغيرات مرضيه فى الاعضاء التناسليه وقد شاهدت  
 بقرب جيسن بعض عائلات نيماترث البنات بقرب البلوغ من أمهاتهن هذا  
 الداء وهذا الطفح يتبدى باحمرار فى بعض أجزاء الوجه لاسيما الانف وجزئى  
 الوجنتين بالقرب من الانف والذقن والعنق أحيانا والجبه أوجميع  
 الوجه عند المدمنين على السكر وهونادر وهذا اللون المحمر يتعلق  
 باحتقان فى الاوعيه الجلديه وتمدها ومن النادر ان يحصل بعد استمرار هذا  
 الداء زمن اطول بلا ثخن عظيم فى الجلد المحمر فتمتكون فيه تموات عظيمة  
 مستديرة لاسيما فى الانف وتكون اما عريضة القاعه أو ذات عنق  
 وتحدث تشوها كليا فى الوجه والانف ثم ان الاكثة الوردية ولو غير النجمه  
 عن الادمان على السكر تعتبر من انطفحات الجلديه المستعصيه جدا فانه  
 وان حصل بهاته عظيمه فى الاجزاء المحمره من الجلد أو زال الاجرار زال

ذاتياً أو عقب معالجة لائحة الا ان ذلك يعقب بنكسات متوالية بحيث ان  
كثيراً من المصابين بهذا الداء من يابى المراجعة بالسكية ولو انهم بأنفون هذا  
الداء اما بسبب التشوه أو لسكونه بوقظ الظن فيهم بادمان السكر  
(المعالجة)

ينبغي عند ظهور العلامات الابتدائية من الاكثة الزردية منع استعمال  
المشر وبات الروحية بالسكية وعند وجود اضطرابات مرضية في الاعضاء  
التناسلية عند النساء البنات ينبغي معالجتها على حسب القواعد السابق  
ذكرها وعند الاشخاص ذوات الامتلاء الدموي والمعتريهم احتقانات  
دماغية وامساك ينبغي استعمال المسهلات كالمياه المرة السلفاتية والمعالجة  
ببعض المياه المعدنية كما كريت زناخ وصره بادوكستجن والنتيجة العظمى  
في هذا الداء يحصل عليها بالمعالجة الموضعية في الاشكال الخفيفة من  
التمدد الوعائي والاحمرار ينقضب ولا بد السكرت اما على هيئة العجينة  
الكبريتية أو على هيئة ماء غسل المعلم كلفلد أو محلول كيد الكبريت والوقوف  
استعمال هذه الوسائط في المساء وذلك الجلبها بالامسح تركه يؤثر فيه  
واذا حصل تخرج شديد في الجلد ينبغي ولا بد ترك استعماله بعض أيام وزيادة  
عن ذلك يستعمل مع انجاح السليماني الا كالمحلول مع الماء المقطر بقدر  
٠.٧ سمجرام من السليماني أعني قمحة ونصف على ٣٠ جرام من الماء  
المقطر و يغسل به الاجزاء المريضة أو يكمد به الى أن تتكون حبوبلات  
صغيرة أو تتفأس البشرة وكذا المسمع الزبيبي الذي يوضع على الاجزاء  
المريضة مدة الليل وفي الدرجات الثقيلة من الاكثة الوردية ينبغي الاجتهاد  
في ضمور الاوعية الشعرية المتمددة وانسدادها وذلك يتم بشقها طولاً  
بواسطة ابرة الكتر كتناً أو مشارط دقيقة ثم مسها بمحلول أول كلورور  
الحديد بعد استمرار التزيف زمناً قليلاً

(رابعاً في الانزفة الجلدية المعروفة بالبرورا وتسمى كذلك بالفر فوراً)

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

التزيف يحصل في الجلد كما في غيره من الاعضاء عقب تفرق اتصال في جذر  
الوعية لكن الانزفة الصغيرة يمكن حصولها أيضاً كما نبتة ابتداء المعلم استمر كر

عقب نفوذ الجسيمات الدموية الحمر من خلال الجذر الوعائية بدون تفرق  
اتصال فيها ومتى انسكب الدم في جوهز الجلد وارتشخ في حالات منسوجه  
تكونت بقع محمرة أو مزرقة أو مسودة وهي البربورا فان كانت تلك  
البقع صغيرة مستديرة سميت بالنمش وان كانت مستطيلة شريطية سميت  
بالقشبياتس أى بالبقع الشريطية وان كانت منتشرة وغير منتظمة سميت  
بالاكيموزيس أى الكدم وان ظهر الانسكاب الدموى على شكل تعقدات  
صغيرة تسمى بالحزاز الازرق أو التزيفى أو بالبربورا الحليمية وفى بعض  
الاحوال قد تنفض البشرة عن الجسم الحليمى وترتفع على هيئة حويصلة  
بواسطة الانسكاب الدموى وفى أحوال أخرى قد تنقب البشرة ويسيل  
التزيف الى الخارج واما ان خرج التزيف من مسام الجلد ومن فوهات الاجرية  
والغدد الدهنية والعرقية وكان غير مختلط بالعرق فلا يجوز تسميته بالعرق  
الدموى اذ ليس بين التزيف الجلدى وافرزال عرق أدنى ارتباط

ثم ان الانزفة الجلدية تنشأ (أولا) من أسباب جرحية ظاهرة ومن جلتها  
الناشئة عن لدغ البراغيث لان لها بعض اهمية من حيثية كون الاطباء  
غير المتمرنين يخطئون فى التشخيص ويظنون وجود مرض ثقيل فى الدم  
فيشاهد بعد لدغ البرغوث حالانكتة وردية أو حامية يوجد في مسكزها الجرح  
الاجرداكن وهو محل اللدغ وعند بعض الاشخاص يتسكون فى محيط  
لدغ البرغوث اثرقة صغيرة فى جوهز الجلد مثل الانزفة الصغيرة التى تتكون  
حول عض الدود وبدا استمرار هذه النكت مدة قليلة من الزمن تزول  
الهالة المحمرة المحيطة التى كانت محيطة بالنقطة التزيفية وهذه البربورا  
البرغوثية تتميز عن غيرها من النش بصغرها (وثانيا) تنشأ الانزفة الجلدية  
عن تفرق فى الاوعية عند امتلائها امتلاء عظيمافانه لا يندرمشاهدة  
البربورا فى الوجه وتغطيتها بها عقب السعال الشديد او نزول الحيض بعنف  
كأنه قد تشاهد بقع بربورية فى الاطراف السفلى عند عوق رجوع الدم  
ووجود أوعية دوالية فيها (وثالثا) قد يكون التزيف الجلدى فى أحوال  
أخرى عرضا لاضطراب بنى عموى فهناك أمراض فيها تكون  
البربورا من الظواهر المرضية الملازمة كالبربورا الروما تزية والبوربورا



البسيطة وداء ورهوف والاسكر بوط كما انه توجد امراض اخرى يكون  
 فيها النزيف الجلدي عرضا غير ملازم كما في الحيمات الثقيلة كالتيقوس  
 والحيمات الطفحية الحادة والتسمم الصديدي للدم والهيمضة والحى الصفراء  
 والاشكال الثقيلة من البرقان والليكميميا وداء برايت والتسمم الكؤولى  
 والفوسفورى ونحو ذلك وفي كثير من الامراض المذكورة تحصل اترقة  
 في اعضاء ومنوجات آخر ومن ذلك يتضح ان هنالك اصابة بعدد انزى فيها  
 عمودا الميمكن الى الاكث توجيهه ينمو عه الاصلى توجيهها كافيًا وبظهران  
 هذانا شئى عن تغير واستحالة مرضية في جدر الاوعية الشعرية الصغيرة  
 وهذه الاستحالة المرضية لجدر الاوعية من الجائز ان منشأها تغير في صفات  
 الدم وأقله نزى في الاوعية التى يجتسب الدم النقي الجارى فيها احتباسا  
 وقتيا بواسطة رباط انه عند جريان العامود الدموى فيها ثانيا يخرج من خلال  
 جدرها كرات دموية جرد ويحصل اكينوزس شعري ومن السهل جدا  
 تمييز الاحمرار التكون في الجلد بواسطة الانسكاب الدموى عن الاحمرار  
 الاحتقانى فان الاول يكون أكثر تشبها ودكسة وذلك لان الدم يكون خارج  
 الاوعية ويتغير لونه بسرعة بواسطة تغير المادة الملونة للدم فيصير اولامسرا  
 او اسود مسرا ثم اسمر زاهيا ثم مصفرا ثم مخضر احيانا لكن الصفة  
 الرئيسية تتخذ من حالة الاحمرار عقب الضغط بالاصبع لان الاحمرار  
 الاحتقانى يزول بالضغط واما الاحمرار البرورى فلا يزول بالضغط المذكور  
 ومع ذلك نبيه على ان البقع الجلدية الجرد قد تكون من دوجة الطبيعة والبقع  
 البرورية البسيطة تظهر في عدة ايام تغيرات اللون السابق ذكرها ثم تزول  
 بدون اثر ومع ذلك قديمه دالتغير المرضى ويستمر زمانا طويلا وذلك انه  
 باستمرار تأثير التغير المرضى الباطنى يحصل تكرر ظهور البقع الدموية زمانا  
 طويلا ثم ان البقع البرورية وان كانت في حد ذاتها ليس لها ادى اهمية الا  
 انه من المعلوم ارتباطها بتغيرات مرضية باطنية مهمة ولذلك ان الحكم على  
 عاقبة البرور العرضية تتعاقق ولا يبد بالمرض الاصلى ولنا موس الثقل تأثير  
 واضح بالنسبة لمحل ظهور النمش ولذا انه كثيرا ما يظهر في الاطراف السفلى  
 وتكثر غزارة فيها قد ذهب كثير من المؤلفين المستجدين الى ان كلامنا

ابوزبور البسيطة والذمويه (اى داه ورهوف) والاسكر بوسط بتمقل  
 احدهما الى الاخر بل قد قيل ان تلك الامراض درجات متفاوتة من  
 مرض واحد ابوزبور البسيطة تشاهد عند الاصحاء كما تشاهد عند الضعفاء  
 البنية المنهوكين بدون سبب معلوم ويجوز تشخيص البسيطة منها  
 متى ظهر نمش او اشربة دموية بدون اضطرابات عمومية او مع حالة هبوط  
 وعدم قدر على الاشغال وفقد في الشهية وظهوره يكون اما في الاطراف او  
 في جميع الجسم مع فقد جميع الامراض التي تصاحب البورير الدموية  
 أو الاسكر بوط وكثرة وجود البول الدموي ولو في الاحوال المرضية المطابقة  
 لحالة البورير البسيطة يدل على وجود المشابهة بين كل من البسيطة  
 والدموية وسير البسيطة جيد ولو ان الشفاء يحصل فيه تأخير مدة أسابيع  
 او اشهر عقب تكرار هذا المرض مرارا

ومن زمن المثلثونين يميز (بحسق او بغير حسق) شكل مخصوص  
 من الير بورا يسمى بالروما ترمي فيه تظهر عند الشبان او بعد هذا  
 الطور يقع حر سطحية او مرتفعة قليلا عن سطح الجلد مع طواهر حمية  
 قياسية او بدونها ومع الامروما ترمية وانتفاخ اوذيمى فى الركبتين  
 والقدمين (ومن ذلك سهولة اختلاط هذه الحالة بالروما ترم المفصلى)  
 فى الاطراف السفلى اوفى غيرها من اجزاء الجسم كاليد والذراعين  
 والصدر والبطن وهذه البقع تكون ابتداء حرقانية ناشئة عن الاحتقان  
 غالباً ثم تصير قديمة بعد حرقا كنية وبعدها تستمر ايام ٨  
 الى ١٤ تزول بالكلية وفى اثناء شفاؤها قد تتردد مع ظهور  
 الآلام والامر المعلوم من انه مع ظهور هذا الشكل من البورير تظهر  
 طفجات آخر كالبرتما النضحية والانجيرية والهر بس أدى لتعضيد  
 القول بوجود ارتباط بين هذا الشكل من البورير والامراض السابق  
 ذكرها وان الروما ترمية منها كالامراض المذكورة تعتبر من الامراض  
 العصبية

### (المعالجة)

كل من الير بورا البسيطة والروما ترمية ينتهى بالشفاء ولا يحتاج الا

لمعالجة عرصية خفيفة كمساربه الالام والحمى ذوالانتفاخات الالوية  
 في المقاصل فاليقع اليربوريه تزول من نفسها وانما عند كثرة تردد هابلتبعي  
 ولا بد لاستعمال اول كوروز الحديد والجو يدار من الباطن مع التمتع  
 بالهواء الجيد والوضع بالاستلقاء على الظهر لا يجوز الامر به الا عند تكرار  
 ظهور النمش عند الوقوف وكذا تغليف الاطراف السفلى برباط حلزوني  
 ضاغط بعد الغسل بالماء البارد والخل قد يمنع تكرار ظهور البقع الدموية في  
 الاطراف السفلى

(خامسا في التولدات المرضية الجلدية للجلد)

كل من الاورام السرطانية والحمية والبشرية التي هي من جملة التولدات  
 الجديدة الحبيبية نجيل شرحه على كتب الجراحة ولا نذكر منه هنا سوى  
 اللوبوس بأشكاله سواء كان مصيبا للجلد أو لبعض الأغشية المخاطية

﴿ البحث الثامن عشر ﴾

• (في اللوبوس ويعرف بالقوية الالكالة والقرضة) •

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

اللوبوس عبارة عن تولد مرضي خلالي جديدي يصيب الجلد والأغشية  
 المخاطية المتصلة به ويتصف كغيره من الاورام الخالوية كالدرن والسرطان  
 والتولد المرضي الجزاعي بالثلاثي والاضمحلال ونبيه الابحاث توما يتبع  
 اللوبوس في نموه الاعتمادي تفرع الوعية الموجود وطرازا كما من أخلية  
 لينفاوية وهذه باختلاطها تؤدي لتكوين أورام عقدية صغيرة أو كبيرة فهذه  
 العقد تشمل حينئذ على منسوج ذي اخامة صغيرة كثير الوعية ولذا عده  
 ويرجوهوف من الاورام الحبيبية ويعتري جزا من جوهر هذه الاورام فيوما  
 بعد استحالة نموه وتوجد فيه تجهات من أخلية مستديرة مشتهلة على مواد  
 عضوية أولية ويوجد في مركزها كثير من أخلية كثيرة لنوايات ثم يعتري  
 جوهر الورم الثلاثي والاضمحلال فيه كما بدت الاستحالة الشحمية  
 والتسكاثف الجبسي فيها انما تمتص أو تتقرح والتسكون الندبي في محيطها  
 يكون عبارة عن ظاهرة تمججية تؤدي لانحطام الاجزاة المتقرحة واسباب  
 اللوبوس غير واضحة بالكلية فان هذا المرض وان حصل بكثرة عند

الاختصاص الخنازيري البنية الا ان عددا عظيما منهم يسبق مصانعين  
 الاصابة به وكثير من الاختصاص الغير المصابين بداء الخنازير يصابون به  
 وعين ذلك يقال بالنسبة للمصابين بالزهري الوراثي فانه لا ينكر ان اللوبوس  
 كثير الحصول عند الاختصاص الذين يظن فيهم بوجود الزهري الوراثي  
 أو يتحقق وجوده عندهم لكن من جهة أخرى يكون من الاكيد ان مثل  
 هؤلاء الاختصاص يكونون في الغالب مصابين عن اللوبوس ولذا أن تميز  
 اللوبوس الى خنازيري وزهري وذاتي ليس جيدا والنقاوم الطيبة التي  
 فعلت على وجود اللوبوس في الاطوار المختلفة من الحياة وفي النوعين قد  
 استنبط منها ان هذا الداء نادر في سن الطفولية وأندر من ذلك بعد سن  
 الثلاثين وأكثر حصوله بين العشر سنين الاول والعشرين وان كلامنا  
 النوعين تكثر اصابته به لكن النساء أكثر اصابته به من الرجال

### في الاعراض والسير

المجاس الاعتيادي للوبوس هو الوجه خصوصا الانف وأرنبته وجناحيه  
 والوجنتين والاذنين والجبهة وقد يبتدى التغيير المرضي من الجهة  
 الانسية لجناح الانف أو من الخارج لكن الغالب ان يمتد هذا المرض من  
 الجلد الى باطن الانف امتدادا مستويا أو مضيئا لبعض أصغار دون آخر  
 أو انه يمتد الى الغشاء المخاطي الفمي أو الخاطي أو الخنجري أو الماتحمي أو  
 القرني وبعده الوجه في الاصابة الاطراف لاسيما الساعدين والساقين ممتدا  
 الى اليدين والقدمين وزيادة عمر ذلك يشاهد في العنق والظهر  
 والاليتين وبالجملة يصيب جميع أجزاء الجلد ولو ان بعضها يندر اصابته وتكون  
 تابعة والعلامات الاولية من اللوبوس تكون غالباً غير واضحة فلا يعتنى بها  
 كلية أو يعتنى بها قليلا وهي عبارة عن ظهور بقع صغيرة حمراء محدودة غير  
 مؤلمة بطيئة النمو أو تعقدات صغيرة تكون مع شدة صلابتها كثيرة المشاشة  
 بحيث انها تدعى بسهولة وبالضغط الخفيف عليها بقلم من الحجر الجهنمي  
 يمكن التعنق فيها بسهولة (وهذا هو اللوبوس النكتي والدرني) وقد يمتد  
 هذا الداء في هذا الدور على هذه الحالة زمانا طويلا قبل ان يكابد استحالات  
 أخر ومن النادر ان يكون ذا سير تحت جاد بحيث يحدث تمسكات ممتدة في

قاسيل من الاساييع وعند انحطاط التغير البوسى وشه فائه تظهر هيأت مختلفة ففي بعض الاحوال يصغر حجم التعقدات اللو بوسية عقب تلاشي عناصرها الخلائية وامتصاصها فالجزء المصاب من الجلد يتمطرطح والبشرة تنفصل منه على شكل قشور عظيمة (وهذا هو المسمى باللو بوس القشرى) والجلد يعتبر به حينئذ قصر ندى لاسيما في جناحي الانف وفي احوال اخرى يحصل تخن وتقيح في البورات اللو بوسية فيتكون أسفل الفشور القيجية الجافة قروح ذات قاع سهل الادما ملس أو ذى تجيبات فطرية (وهذا هو المسمى باللو بوس التقرحى) ولا يندران بمثل التقرح فى الغور (وهذا هو اللو بوس الاكال) وحينئذ يمكن تمسك بعض الاعضاء ذات الجدر الرقبية كالانف واللاهة وتتعري بعض العظام أو الغضاريف وتمتد ركزوى فى بعض الاطراف يحصل تشوه عظيم ويفقد وظيفته وهناك شكل آخر منه يظهر غالباً فى الاطراف وله ميل تام للامتداد والسعى فى جزء عظيم من الجلد وذلك انه يتكون فى حافة جزء الجلد المربض ارتساحات لبوسية جديدة أما الاجزاء المصابة ابتداءً فيحصل فيها امتصاص أو تقرح (وهذا هو المسمى باللو بوس الشعبانى أو التعرجى) ثم ان الاشكال المختلفة المذكورة من هذا الداء لا ينفى وجود بعضها البعض الاخر بل كثير اماً تصطب مع بعضها وانما أحد الاشكال يكون هو المستطن على الاخر

ثم ان اللو بوس وان كان من الامراض القابلة للشفاء الا ان انداره ليس جيداً بالكلية فانه من جهة يميل فى معالجته بسبب سيره البطىء وجد الذى لا يندران يمتد جملة سنين بحيث ان شفاؤه فيما بعد لا يمنع من تكون ندب التحامية مشوهة وانلاف بعض الاعضاء ومن جهة اخرى يخلف شفاؤه ولو بعد سنين استعداد واضح للنيكسات وبالنسبة للتشخيص فمن الجائز اختلاط النكت والتعقدات اللو بوسية بسبب لونها الاحمر المهر بالدرن الزهرى والقروح اللبوسية بالقروح الزهرية لكن عند الالتفات يمكن ولا بد التمييز فى التشخيص باعتبار الامور والظواهر الخاصة بكل من هذين المرضين واما انتقال التـ ولد المرضى اللبوسى الجـ ديدالى السرطان البشرى فلا يمكن حصوله وانما قديمـ كن ظهور الاخير على قاع القرحة

## البوسية

وهناك شكل آخر يخالف بالتركيب البوس الاعتيادي السابق شرحه وهو المعروف باللوبوس الارتقاوي (للمعلم كازناق) والتغير المرضي هنا (تبعاً لها) يبدأ من الغدد الدهنية التي تكون مضطربة في وظيفةها وقنواتها ممتدة ومغلقة بسد من مادة دهنية وبشربة وفي الدور المتقدم من هذا الشكل تحصل تراكمات خلوية غزيرة في حالات المنسوج الخلوي المحيط بالغدة والابحاث التشرحية للمعلم نيمن وغيره أيدت قول المعلم هيرا وانما تبعاً للمعلم نيمن لا يبدأ هذا الشكل على الدوام من الغدد الدهنية والاجربة الشهرية كما ثبت ذلك بما يظهر فيها التغير المرضي زيادة عن الوجه في راحة اليدين التي لم توجد فيها تلك الغدد ثم ان اللوبوس الارتقاوي يكاد لا يصيب الا الوجه لاسيما الانف وأجزاء الوجهين القريبة منه (وهذا هو شكل ابي الدقيق) فيشاهد هنا ارتفاعات صغيرة عميقة تمتد ببطء ويوجد في مركزها شيرة بترعها تشاهد سددة دهنية في قناة الجراب الدهني وهذا التغير المرضي اما ان ينتهي بالشفاء بدون ان يخلفه تغير او ان يخلفه ندبة بجمجمة متعقبة بعد استمراره مدة طويلة وهذا الشكل الذي تكثر اصابته للنساء يكون محفو باعند ظهوره الحاد يجمي كثيرة الشدة أو قلبها وانتفاخ في المفاصل والآام عظيمة وانتفاخات عميقة ولا سيما بالجزء الوجهية الحقيقية أو الثقيلة

## علاجها

معالجة اللوبوس تقتصر في أمرين الاول تبعيد النولد المرضي الجديد المختل في جوهر الجلد فان بقاءه فيه زماناً طويلاً وتلاشيه يؤدي كل منهما التشمكات ممتدة في الجلد وندب الشامية مشوهة والثاني هو منع تكون ارتشاحات لبوسية جديدة ففي الأمر الاول اتفق جميع الاطباء المشتغلين بأمر المرض الجلد على ان العقدة البوسية تستدعي معالجة موضعية قوية لكن الوسائط والطرق العلاجية التي يراد الحصول منها على هذه الغاية متنوع جداً وان كان لا يشك في ان الحصول على هذه النتيجة ممكن ولو مع اختلاف الطرق العلاجية بشرط استعمالها استعمالاً لاثقواً ولذا نرى ان العمرن على اجراء

اى واسطة علاجية مخصوصة قد يكسب بعض الجراحين أو اطباء الغير  
 المتقدمين فى المعارف شهرة عظيمة فى معالجة اللوبوس بل والسرطان حتى  
 الحجر الجيهنى الكثير الاستعمال الجيد التائب يحتاج فى استعماله  
 لتمرن مخصوص وهو ان يبنى فى الدخول فى العقد اللبوسية بقلم الحجر الجيهنى  
 المبرى بحركة اثرية فكأنما يقصد به فساد المادة اللبوسية وفصلها عن  
 الجلد السليم وهذا الصرس هل فان هذه المادة هشة والجلد السليم قيمه  
 مقاومة فالحجر الجيهنى يفسد بهذه الكيفية الاجزاء المريرة فقط بدون  
 ان يفسد الاجزاء المريرة والسامية معا كما يكونا الساكورة والالم  
 الناتج عن الكى يزول بعد مضى ساعات فينبغى تكرار الكى بهذه الكيفية  
 مرة أو مرتين فى كل اسبوع لانه فى كل مرة لا يمكن الا فساد بعض  
 العقد لاجتماعها وعندما تكون العقد اللبوسية متعددة ومتفرقة قد اوصى  
 كل من هبرا وكوزى باستعمال العجينة زرنينية ضعيفة (بأن يؤخذ من  
 الزرنج الابيض ٦ دياجرام أعنى عشرة محبات ومن الزنجفر ٢ جرام  
 أعنى نصف درهم ومن مرهم الورد ١٥ جرام أعنى نصف أوقية)  
 ويؤخذ من هذه العجينة قطعة على سن الملقوق ويدهن بها شريط من  
 البفت ثم يوضع على الجزء المرير ويكرر وضعه ثلاث مرات فى كل ٢٤  
 ساعة فى اليوم الثانى تحصل الام خفيفة تشبه جلد فى اليوم الثالث  
 ونصطبح بانتفاخ أو ذيماوى فى الوجه والاجفان لكن العقد اللبوسية  
 تكون مستحيلة الى خشك ريشة مسودة خوة منعزلة عن الجلد السليم الذى  
 لا يكون متأثرا اما المواد اللبوسية فانها تكون منفردة بالكلية بعد  
 جملة من الايام تنفصل الخشك ريشة بالتفيم ويبقى محلها فقد جهر على  
 شكل نقوب تتكون فيها الزرار الجلية بسرعة ثم تلتحم وعندما تكون العقد  
 اللبوسية متفرجة قد يكفى وضع هذه العجينة يوما او يومين حتى يحصل  
 الخشكرو لم يشاهد تبع التجارب كاوزى تسمم زرنينى بهذه الطريقة مطلقا  
 مادامت العجينة ليست اقوى فى التركيب مما تقدم ووقع التأثير على محال  
 ليست اكثر اساعا من راحة اليد واليدن واما المعالجة بالتشريط انى اوصى  
 بها و اجراها ابتداء ديبنى وقد مدت جلد ابواسطة العلم فلكنه وويل فهى

عبارة عن وخز السطح المريض بشقوق عديدة قرينة جدا من بعضها  
غورها من خط الى خطين بواسطة مشروط ذي سن حاد فيقع جدا أو مبضع  
حاد مستطيل السن وهذه الطريقة بتكرار اجزاؤها من ثلاث مرات الى  
ثمانية في ظرف جملة اسابيع وبها يحصل ضمور الاوعية الشعرية من  
جهة ومن جهة اخرى تساءد على حصول تلاشي الاخيلية المرتبطة  
وامتصاصها وهناك تنويح اخر لهذه الطريقة اوصى به فلاسكن وهو كشط  
المواد اللبوسية الرخوة بواسطة ملعقة حادة الطرف لكن حيث انه لا يمكن  
استبعاد جميع الاجزاء المريضة بواسطة ما ينبغي ولا بد استعمال الوخز والكي  
في سطح الجرح وحيث ان الطريقة فلاسكن هذه مؤلمة جدا فقد اوصى  
باستعمالها عقب التخدير بالكور فورم وعين ذلك يقال بالنسبة لطريقة  
الكي الجلواني التي استعملها ابتداء هيرافي اللو بوس وعند اجراء هذه  
الطريقة يمر السلك الالاطيني المحمي للدرجة البيضاء من المواد اللبوسية  
فيقسطها

ثم انه لا يجوز على الدوام اجراء معالجة موضعية مفسدة في اللوبوس فانه  
عندما يوجد لاسن التقرحات اللبوسية ارتشاحات سطحية فقط كما يشاهد  
ذلك في اللوبوس التفلسي والارتماوي يمكن حصول الشفاء بدون تقرح عقب  
امتصاص الاخيلية المرضية ولذا انه في الاحوال التي فيها تكون اجزاء الجلد  
قليلة الارتشاح (ومغطاة) بنكت يجتهد في حصول التحلل والشفاء بالطرق  
البسيطة فانه لا يعتمدها تشوهات ندية كما يحصل عقب الشفاء بواسطة المعالجة  
المفسدة ولاجل انالة هذه الغاية ينبغي من الجزء المريض جملة ايام متوالية  
عجج لول مسكر من الحجر الجهنمي (جزء من الماء على جزء او جزئين من ازتات  
الفضة) أو بصيغة اليود لاجل احداث تهيج موضعي ويترك المس بعد ظهور  
الالم والانتفاخ ثم يكرر ثانيا متى زال التهيج ومن الموصى به بكثرة أيضا في  
اللوبوس الارتماوي استعمال المشمع الزينبي وذلك ان يطلى به قطعة من  
البفت الناعم ثم توضع على المحل المريض مع تغييرها كل يوم مدة طويلة من  
الزمن وزيادة عن ذلك يستعمل في اللوبوس الارتماوي بعض المهيجات  
الشديدة والسكاويان الحفيفة او لها روح الصابون الهوتامسي (بان يؤخذ



من الصابون الاخضر ١٠ جرام ومن روح النبيذ المركز ٥ جرام ويترك  
 للترج مدة ٢٤ ساعة ثم يرشح ويضاف اليه روح الخزامى ٥ جرام  
 وبهذا المخلوط تلك الاجزاء المرخصة جملة مرات بواسطة فرشاة دلوكا قو يا  
 حتى يحصل الادماء ثم يوقف الاستعمال ولا يكرر ثانيا الا بعد سقوط القشور  
 التي تكونت من المس الاول ويوصى ايضا باللبوس الاريتماوى باستعمال  
 وسائط موضعية عديدة اخرى كالجليسرين اليودى (الركب من اليود النقي  
 ومن يودور البوتاسيوم من كل ثلاثة جرامات ومن الجليسرين ستة جرامات)  
 وكذا المس بالقطران والكي مع الاحتراس بمحض الخليك أو الكلورودوبيك  
 أو الكبر بوليك أى الفينيك بل وبمحض النتريك المركز او باليوناسا  
 الكاوية (جزء منها على جزءين من الماء) وبالجملة يستعمل مع التبخاخ  
 وخز المحل المريض على حسب طريقة فليكن كاذ كرنا سابقا وجميع هذه  
 الطرق العلاجية ينبغي معرفتها والاعتناء بها فانه كثير امانا لا تثمر أحداها  
 في حالة تشمر فيها طرق معالجة اخرى وأما المعالجة الباطنية فاغلب المؤلفين  
 لا يعتمد عليها في معالجة اللوس اذ بها لا يتحصل على شفاها كيدنى هذا  
 المرض ولا يمكن شفاها النسكسات الجديدة التي يخشى منها ولا بد لو لمع  
 استعمال المعالجة الموضعية انما في بعض الاحوال قد يشاهد منها منفعة  
 عظيمة لاسيما استعمال زيت كبد الحوت بمقادير عظيمة والمحاول النيهى  
 لغالبية مطبوخ زمن الذي شاهدنا منه نجاحا عظيما احيانا ومن الواضح  
 انه عند وجود احوال مرضية مع اللوس كداء الخنازير او الانيميا ينبغي  
 معالجتها بما يليق

(سادس في الامراض الجلدية المفيلية)

المبحث التاسع عشر في السعفة

توجد طفحيات جلدية عديدة فيها ينولد نبات طفيلي تارة واخرى  
 حوان طفيلي فوجود هذا الفطر فيما ليس بالصادفة بل انه هو السبب  
 الاصلى لحصول تلك الطفحيات الجلدية ففي الامراض الجلدية الناشئة  
 عن الفطر المتبقي يكتون مجلس هذا الفطر المسمى كوكى اما بين  
 طبقات البشرة او في البصليات الشعرية او في الاظافر والماء المشون كبير

هو الذي اثبت ابتداء الطبيعة الفطرية النباتية لاداء السعفة امكن منشاء  
 هذا الفطر (المعروف بالا كور بون للعلم شولمين) ولا سيما كونه  
 فطر اصلياً قائماً بنفسه او نوع نبت من فطر التمعن لم يتحقق الى الآن فالعلم  
 هو فن بمديته جيسن ذهب تبعاً لاجائه وتجاربه الى ان الفطر السعفي الاصلي  
 نوع ميكوررتس هوزس اى الميكوردي التفرغ ت ينضم اليه غالباً بالمتسليوم  
 جلو كم ثم ان الفطر السعفي ولوانه عسر التثبيت ينقل من شخص الى آخر  
 او من شخص الى حيوان وعكسه فكثيراً ما ثبت عند الاصابة بالسعفة انتقال  
 هذا المرض من شخص الى آخر استعمال غطاء الراس وملبوسه مع الاشتراك  
 او مخالطة بعض الحيوانات المربضة ( كالكلاب أو القطط ) وفي احوال  
 اخرى لا يمكن اثبات ينوع هذا الفطر وحينئذ يقال ان احدى الجراثيم  
 الفطرية السعفية وصلت الى جلد شخص غير نظيف مكثت فيه زمناً كافياً  
 حتى وصلت الى اجزىة الشعر وكذا استعمال الضمادات او المسكمدات يرفاؤد  
 غير نظيفة عفنة يمكن ان يساعد على تثبيت هذا الفطر على الراس والسعفة  
 تشاهد بالاكثربعند الاطفال والشبان وفي الذكور اكثر من الاناث وهي على  
 العموم مرض جلدى نادراً وعل المؤلف ذكر ندرته بالنسبة لبلادهم واما في  
 قطر مصر فهو مرض ليس بنادر سيما عند الفقراء

#### في الاعراض والسير

تظهر السعفة غالباً في فروة الراس واكثر ما تظهر احكاماً في اجزا اخر من  
 الجدم بل وفي جوهرا الاظافر ( وهذا من الهرش ولا بد ) فحينئذ شوهد شخص  
 مصاب بالسعفة بعد النظافة وتكون بين الطفح ثانياً يرى في الايام التابعة  
 لذلك قشيرات بيضاء فقطة وهذا هو المعروف بالبتييريازس الرأسى ثم  
 بعده حتى بعض اسابيع تشاهد جسيمات في حجم راس الدبوس ذات لون  
 مصفر منقرسة في الجلد تكون ممتوية من كرها بشعرة وتكون  
 من مواد فطرية تنمو بين الطبقة البشرية الظاهرة المتشعبة بالشعرة  
 والباطنة المبطنة لفوهة الجراب الشعري وهذه المواد الفطرية  
 بنموها وتكاثرها تمد جذر الطبقة البشرية الى نوع محفظة يصل  
 حجمها الى حجم العدسة او ازيد وتكون منبججة في مركزها بسبب

التصاق البشيرة بأصل الشعر ونذا يعاق تمدد اواد الفطرية فتنبع واما  
السطح الباطن الجسيمات السعفية المتجه نحو الجلد فانه يكون محدد بحيث  
يمكن فصلها عن الجلد من حافتها بدون جرحه ثم فيما بعد تتلاصق تلك  
الجسيمات ببعضها وتختلط فتكون قشورا عظيمة ومع ذلك فيمكن على  
الدوام معرفة تركيبها وانما تكونت من أقراص حلقيية وفي الانتهاء تتفتت  
تلك القشور من سطحها الظاهر ويحل محل لونها الاصفر التبيي الخاص لون  
ابيض جبسي بحيث عند النظر الى محلها يمكن عدم معرفة طبيعة هذا الطنح  
مالم توجد في بعض الاصغار جسيمات سعفية صغيرة واصفة ومع ماول الزمن  
يتكدر نحو الشعر النابغ من الجسيمات السعفية فيفقد لوانه و يصير ترابي  
اللون ويسترق ويفقد مدته الملونة ثم يسقط بالكلية بدون تجدد وذلك لان  
الجريبات الشعرية تضرر بسبب ضعف الجسيمات السعفية التدريجي  
فيحصل حينئذ من ترك هذا الداء ونفسه شفاء تام الا ان هذا بعد  
جمله سنتين ثم يخلفه صلح تام ندي وضو في الجلد ومع ذلك توجد أجزاء أخر  
من الجلد تصاب من جديد وتكون مغطاة بالقشور الواصفة لهذا المرض  
وتميز الصفعة عن غيرها من الطفحات الجلدية لفروة الرأس كالبسوز بازس  
والاجزما ونحو ذلك ينسدر ان يكون فيه معو به وانما في الاحوال  
انتي فيها يكون عند طفل مصاب بالصفعة هرش قوى بسبب القمل أو نحوه  
وحصول أجزما يكون من الضرورى حينئذ فعل التشخيص بواسطة  
المكروسكوب فيه يظهر ان الجسيمات السعفية مكونة من عناصر  
فطرية ومن مادة حبيبية ضامة زيادة عن الغلاف البشرى ويمتد من  
السطح الظاهر للحفاظ السعفية أحيطة عديدة من الميتسيل النباتي  
في باطن الجسيمات السعفية وفي الابتداء تكون هذه الاحيطة بسيطة ثم  
ذئقة وتضيق عقديية وتنفرع فينشأ منها عدة فريعات وهذه العناصر  
الفطرية توجد أيضا في غدد البصيلات الشعرية بل وفي الشعر المستخرج  
نفسه

### (العلاجية)

متى كانت الصفعة صلبة لاجزاء من الجسم مغطاة بوبر رقيق من الشعر

تسهل معالجتها واما السخفة المصيبة لقروة الرأس فانها تحتاج لمعالجة  
 مستطيلة منتظمة للغاية فيبتدئ بتنظيف الرأس جسد بواسطة الدلك  
 بالزيت المتكرر والاته القشور ونزعها ثم غسل الرأس بالماء الفاتر والصابون  
 غسلا جيدا ووقتي تم تنظيف الرأس بعد يوم أو اثنين ظهر الشعر مجرا قليلا  
 بحيث ان غير المتعمرن يظن ان الداء قد انتهى غير ان الجراثيم العديدة الباقية  
 في الاجربة الشعرية تنمو من جديد وعاقليل من الاسابيع تتحركون  
 الجسيمات السعفية نانيا فالقصد من المعالجة حينئذ تبيد الجراثيم  
 القطرية المحتفية في الاجرية الشعرية وازالتها وهذا يستدعي ابتداء فتح  
 الاجرية الشعرية المصابة بواسطة تنف الشعر المصاب الذي يتم بغاية السهولة  
 لان الشعر المر يص يكون سهل النزاع ويفعل ذلك اما بواسطة جفت أو على  
 حسب طريقة هيرا بقبض الشعر على هيئة خزم صغيرة بين طرفي سلق  
 او سكين غير حاد والابهام الضاغطة وبتزع الشعر المرير بسهولة بخلاف  
 السليم فانه لا ينزع وزيادة عن هذا التنف المنكر وينبغي غسل الاجزاء  
 المريرة بالصابون كل يوم مرة أو مرتين أو بروح الصابون البوتاسي وينضم  
 لذلك الاستعمال الموضعي لاحدى الوسائط المروفة بانها فائقة القطر كسرهم  
 السكر بوزوت جز منه على ٦ اجزاء من الشحم الى ٨ منه أو المن بمحاول  
 حمض السكر بوليك (بأن يؤخذ من حمض الفنيك ٣ جرام ومن كل من  
 الجاسرين والسكرول ٣٠ جراما ومن الماء المقطر ١٥٠ جراما)  
 او عجول السليماني (المكون من ٥ دسجرام منه على ١٠٠ جرام من  
 الماء المقطر) أو الدلك بزيت الترمنتينا أو من الراسب الابيض أو فوهه  
 ومع ذلك لا ينبغي انتظار حصول التاثير السريع القوي من تلك الوسائط  
 بل كثير اما لا يحصل التسفا مالم يحصل تنف الشعر وغسل الرأس  
 بكيفية قوية مستمرة جملة اشهر واما المحال الناعمة المغطاة بوبر  
 شعري خفيف فالعلاج السابقة فيما تؤدي للغاية المضلوبة في اقرب  
 زمن واما المعالجة المستعملة في مصر فانف الشعر دفعة واحدة بواسطة  
 لصق من الزيت فمعد من العلاجات الوحشية القاسية وكثيرا ماتت بها  
 النساء

## بحث العشرون في الهريس الطقة لمي

الطفيل النسائي عن هذا الطفع (المعروف بالتربكو فيمتون تنزوروس) الذي استكشفه ملستن وجرى يثبت بين طبقات البشرة والشعر بل والاخلية الظفرية ولذا ان هذا الطفع يمكن ظهوره في جميع أعمار الجسم اما ذاتيا بمساعدة الشروط الاعتيادية المعينة على تكاثر الفطر التعقفي الاعتمادي وهي التي تسهل استرخاء البشرة وبنه وذه من طبقاتها الباطنية كالجلمات المتكررة والضمادات المستمرة لاسيما ايرفاً غير نظيفة محتوية على فطر وكذا أجزاء الجسم المندأة بالمرق دائماً كما سهل الثدي والثنيات الصغرية الفخذية واما ان يكون ينبوع هذا الطفع العدوي وتكون اما من شخص لآخر أو من بعض الحيوانات (كالبقار والخيول والكلاب والقطط) ونحو ذلك اذ مر المعلوم انها كثيرة الاصابة بالهريس الفطري

ثم ان الفطر النافذ في البشرة يبرح الجسم الحلي عند ابتدائه في النمو ويحدث احتقاناً موضعياً وبقعة حمرة وامتداد نحو الفطر في الدائرة يزداد محيط هذه البقعة المحمرة فتكتسب شكلاً مستديراً أبيضاً وياقي حجم العدسة أو أزيد الى حجم قطعة الريال وعند ما يكون التبرج قليلاً لا يحصل تضخم واضح وانما تنفصل البشرة على هيئة قشور مبيضة من القاع المحمر (وهذا هو المعروف بالهريس الفطري البقي) وحيث بانفصال البشرة تنفصل أيضاً المواد الفطرية المحتوية عليها فيحصل الشقاق ويتدنى بالأجزاء المصابة أولاً أعني في مركز البقعة المستديرة فيظهر الجلد في المركز حينئذ سليماً أو يجم من ثبات بحيث يظهر بدلا عن البقعة المستديرة نوع حلقية تتسع شيئاً فشيئاً وتمتد من جهتها الوحشية الى أن تحتلط بمحاطات آخر من نوع هذا الطفع فتكون أشكالا غير منتظمة تتأكد ولا بد معرقه انها مكونة من دوائر وعند ما يكون حجم الجلد شديداً يظهر بدلا عن البقعة المستديرة عدة صغيرة أو حويصلات صغيرة أو كبيرة تتضخم بسرعة فيحلقها قشور أو قلوب رقيقة كافي الحالة السابقة لكنه يتكون في الدائرة الممتدة المرترعة قليلاً هذه البقع المستديرة حلقية جديدة من حويصلات في التناشغاه

المركز وهذه الحلقة تكتسب السبير السابق وفيما بعد يتكون في الدائرة  
 حلقة من حويصلات اخر تجف فيما بعد ويعقب ذلك حلقة اعظم منها  
 وهكذا (وهذا هو المعروف بالهربس الطفيلي الحويصلي) وبعض المؤلفين  
 يعتبر الهربس الحلقي مما نلاشكل الهربس الطفيلي الحويصلي الذي  
 نحن بصدد ذكره لكن هيرايكيزي يعتبر ان الهربس الحلقي شكلا مخصوصا من  
 الهربس القزحي والاريتما القزحية اللذين ليسا من طبيعة طفيلية وفي  
 احوال الهربس الطفيلي لفرودة الراس توجد هذه الحلقات المحمرة المغطاة  
 بقشور او قلوب رقيقة مبيضة ومع ذلك يتغير نمو الشعر في المحل المصاب فيصير  
 رقيقا ويسقط اوبتقصف ويفقد لعانه بحيث ان المحل المصاب يشابه الصلع  
 لكن ينبغي التمييز من الوقوع في الخطاء ويشبه الهربس الطفيلي الراسي  
 بمرض الشعر المعروف بداء الثعلب الحلقي الذي يصيب الاطفال والبالغين  
 حيث فيه يسقط الشعر ايضا ويبتدى بنقطة محدودة فيما يكون نمو الشعر غزيرا  
 جدا ثم يمتد كذلك نحو الدائرة بحيث تتسكون حلقات عارضة عن الشعر تحتلط  
 فيما بعد بحلقات اخر الان داء الثعلب الحلقي ليس ناشئا عن فطر طفيلي  
 بل عن اضطراب عصبي والمحل المصاب لا يظهر فيه اجرار ولا تكون قشور  
 يكون اما غير متغير وبعدها تستمر ان قد الشعر جملة من الشهور ينبت  
 ثانيا بدون ادنى تدخل للصناعة الطبية وفيه يكون ابتداء على  
 هيئة ويرصغير فاذا المادة الملوثة ثم يكتسب لونه وقوته الطبيعية يز و قد يكون  
 محاس الهربس الطفيلي في الجزء الكثير الشعر من الوجه والاعضاء  
 الاصغرية او حفرة الابط لكن في الغالب تظهر الحلقات المحمرة لهذا  
 الطغ في اجزاء الجلد الخالية عن الشعر فان ظهر الهربس الطفيلي في الاجزاء  
 الكثيرة الشعر من الجسم وامتد الفطر في الاجزاية انشعرت به احدث بنموه  
 فيها التهابا ونشأ عن ذلك شكل مخصوص من السيكورس (المعروف  
 بالسيكورس الطفيلي) واما تميز هذا المرض عن الجائز اختلاطه  
 بالوردية الزهرية وبالبيسور يازس لكن في هذا الطغ الزهري يفقد  
 القشر او القملس وكذلك توجد علامات اخر من الداء الزهري البني واما في  
 احوال البيسور يازس فان الدوائر الحلقيه المحمرة تكون مغطاة بقشور

سميكة مستوية ومن النادر الاتجاه للمكسر سكوني لاجل معرفة وجود الفطر من عدمه حتى يتحقق التشخيص والمواد الفطرية التي تشابه الفطر السعفي تتكون من أحيطة عديدة فطرية كثيرة التفرع بين طبقات البشرة المنفصلة من الحماقات الهر بسية وفي بصيلات الشعر وسير الهر بس الطفيلي يختلف اختلافا عظيما فقد يكون ذا سير خادفي الاسابيع الاول سيما ان كان ممتدا على سطح متسع من الجلد فالبقع المحدودة تكون بسرعة حلقات ممتدة ويتكرر الطغم بل وقد تظهر حركية خفية وفيما بهديكون سيره بطيئا بحيث ان كل حلقة تحتاج لجملة اسابيع بل أشهر حتى تشفى من مركزها وتمتد من دائرتها كما تقدم ذكره وبامتداد عدوى الفطر قد يستمر هذا المرض جملة أشهر بل سنين وبعض الحويصلات الهر بسية باستمرار تخرجها وتركها كما هي قد تتضاعف بالاجزما والهر بس الفطري وغيره من الطفحات الجلدية يستعصى عن الشفاان كان مصيبا لاجزاء كثيرة الشعر من الجسم ومع ذلك فالشعر الساقط يكاد يجدد بعد الشفا دائما فمن النادر ان يخلف هذا الطغم صلح مستمر

### المعالجة

حيث ان هذا المرض من طبيعة فطرية فالاهم في معالجته طرد الفطر وقتله فعند وجود تهيج التهابي شديد يضارب ابتداء بواسطة المراهيم المطهرة والمكمدات الرصاصية وبعد زواله يتدئ بذلك الاجزاء المريضة كالسكا قويا بواسطة قطعة من الصوف بعد غمسها في روح الصابون البوتاسي أو الصابون المعتاد أربعة أيام الى ستة مرة أو اثنتين في النهار وبذلك تنفسد البثرمة وتسقط هي والفطر المحموية عليه في اليوم التالي ومع كونه من الضروري احداث تأثير موضعي قوى لانه هذه الغاية ينبغي ولا بد الاحتراس من شدة التهيج الموضعي اذ بذلك تحصل أجزى مما صناعية وان كان الطغم ممتدا على اجزاء متعددة ينبغي ذلك المحال المصابة بالصابون صابا حواما ووتركها بدون غسل مع صون المحال المتسلخمة ثم ينظر انتهاء التماس الذي يستمر جملة أيام وبعد ذلك ينظف الجلد بالنسل فان لم تحصل نتيجة تامة وجب تكرار ذلك وفي أحوال الهر بس الفطري لفروة الرأس وغيرها من اجزاء الجسم الكثيرة

الشعر يجب ولا بد تتدفق الشعر بملقاط فان ذلك أمر ضروري في حصول  
الشفا وفي أحوال الطفح الغير الممتد المستعصى ينبغي استعمال وسائط  
موضعية قوية كالمس بالقطران أو صمغة اليود أو الجلسرين اليودي في قتران  
متعددة أو استعمال الوسائط القتالة للفطر السابق ذكرها في السعفة

### المبحث الحادي والعشرون

#### في البتريازس الطفيلية

الطفيلية الطفيلية لهذا الطفح الغير المهم قد استكشفتها في سنة ١٨٤٦  
المهلم ايبكستيت والفطر المروف (بالمكر شبورون فرفور) يكون مجلسه  
الطفيلية السطحية من البشرة وتسهل معرفة بالمكروسكوب في الاجزاء  
الساقطة منها ويتميز عن فطر السعفة والهربس بكون الازرار الكائنه بين  
الخيوط الفطرية العديدة وغير الكثيرة النفرع لا تكون مصطفة بجوار بعضها  
اصطفافا متسلسلا او متفرقا بل تكون مجتمعة مع بعضها على هيئة حزم  
مستديرة كهيئة قطف العنب وتلحق البتريازس الفطري وان ثبت  
بالشجارب الا انه يندر حصوله بالعدوى بل الغالب حصوله ذاتيا فيشاهد  
بكثره عند الاطفال القسرين الذين لا ينظفون اجسامهم ولا يغيرون  
ملابسهم ويكاد يوجد على الدوام في اجزاء الجسم المغطاة بتلك الملابس  
كالصدر والبطن والعنق والخصدين والفخذين ويندر وجوده في الساقين  
ويكاد لا يشاهد في الوجه والايدي والاقدام فان هذه الاجزاء تكثر نظافتها  
وعند الاطفال والشيوخ لا يوجد هذا الفطر الطفيلي

ثم انه يشاهد في الاجوال الحديثة على الاجزاء المصابة من الجلد بقع صغيرة  
مستديرة صفراء تتسع شيئا فشيئا عند مكثها من اموالا ثم تختلط مع  
بعضها فتغطي سطحها تسعما من الجلد وكثيرا ما يشاهد تقاسم رقيق نخالي في  
البشرة ويمكن نزعها اذا ما سهولة بالانافر وبالاضغاط بالاصبع على الجلد يتضح  
انه يوجد زيادة عن تغير لون البشرة نوع احتقان في الجسم الحلي ثم ان هذا  
المرض الفطري يكون ذا سير بطيء بحيث ان الاطفال القسرين يستمر الداء  
عندهم جملة سنين بدون اعتناء في شفائه

وقد تخاط البقع البتريازية الفطرية بسبب لونها الاصفر المسمر بالبقع



الجمجمة الحقيقية ويندر اختلاطها بالوجات (والمفرطجة والمرقعة)  
 ما. وجود هذه الأخيرة من سن الطفولة يكفى في تمييزها وكذلك  
 اختلاطها بالبقع الشمسية التي تظهر في الوجه والابدى اذ من المعلوم ان هذه  
 الاجزاء لا يتشبت بها الفطر البتر يازى **و** كما يسهل تمييزها من البقع  
 الجمجمة للجد المحدودة او المنتشرة المعروفة بالبتع الكبدية

### في المعالجة

البتر يازس الفطري يمكن معالجته بسهولة بالغسل المتكرر والمجادبا مصابون  
 وتكرار تمييز الملابس واذا اريد زواله بسرعة وجب ذلك بالصابون  
 الطبي جملة ايام مع تركه على الجلد بدون غسل ثم الاستحمام

### \* (المبحث الثاني والعشرون في الجرب) \*

### في كيفية الظهور والاسباب

الجرب عبارة عن التهاب جلدي مختلف لاشكال يتكون في اثناء سيره اما  
 بعقدات او بوصلات او بثور وهذا الالتهاب ينتج من طفيل حيواني وهو  
 المعروف بالا كروس الجربى اى قملة الجرب والاشي من هذا الحيوان الطفيلي  
 التي هي اعظم حجم من الذكور يكون طولها نحو نصف ملليمتر وبالنظر لها  
 بالعين العارية توجد على هيئة جسيمات مبيضة مستديرة وعند النظر لها  
 بالمكرومكوب وتكبرها بقدر خمسين مرة يظهر على شكل الزحافة فظهرها  
 المحذب يكون موشحاً بخطوط مستعرضة قوسية وتوجد بزوايا ابرية كثيرة  
 الطول او قليلة وانفقس الجديد من هذا الحيوان يكون ذا رجل هرمية  
 الشكل لها ستة مفاصل والقديم منه له ثمانية والزواج اقدم من هذه  
 الازواج يكون موشحاً بجلقات او افراص مستديرة يتشبت بها الزوجان  
 الخافيان في الاناث تهيمان بزوايد مستطيلة واما عند الذكور فلا يكون  
 كذلك الا اول من الخافيين واما الزوج الاخير منهما فانه يكون موشحاً كذلك  
 بجلقات او افراص يتشبت بها ويخرج رأسه من بين ارجله المقدمه. وشها من  
 سطحه السفلي بفتح قريبين منفصلين عن بعضهما بايتراب ويرى من خلال  
 جسمه الشفاف كل من المعدة والمعاه متملئين بواو ثعلبية بل البيض المحتوى  
 عليه المبيض في الاناث المنقعة وهذه التي تشهد بكثرة عن الذكور تشعب

الطبقة القرنية من البشرة الى الشبكة المبيجة فتكون ميازيب قنوية  
 طولا بعض خطوطا احيانا تزيد عن غيرا وفي هذه الميازيب يوجد البيض  
 في ادوار مختلفة من النمو وحافظة فارغة ومواد ثقيلة ممتدة والذكور من  
 هذا النوع تحفر مسالك قصيرة ولذا يصعب وجودها والبيض يظهر انه يتم  
 نضجه في ثمانية ايام الى عشرة والغس الجديد الخارج من غلاف البيض  
 المنشق يترك الفجر القنوية للامهات ويحفر له بقرم مسالك جديدة وبعد  
 تغيره ثلاثة مرارا (اقوله مرتان) وتنام عدد ارجله ثمانية بعد تجديد  
 الغلاف الاول يظهر انه يسبح على سطح الجلد في اثناء الليل عندما يكون  
 الجلد حارا بغطا الفراش ثم يتساقط ومن الجائز انه بدلا عن ذلك يحدث الاناث  
 عن الذكور في غيراتها متى وصلت انثى واقعة من هذا الحيوان الطفيلي  
 من جلدته تخمر الى اخر حصاة عدوى هذا الاخير بالجرب فالنوم مع  
 شخص مصاب به اشد خطرا ومع ذلك فمن الجائز انتقال الجرب بدون ملامسة  
 لادوية مع شخص مصاب به وذلك ان الملابس او ادوات الفراش  
 المحتوية على قوس هذا الحيوان يستعملها شخص اخر والقول بان بعض  
 المرضى الجربانيين اصيبوا بمجرد ملامسة سطحية او مصافحة باليد بالجرب  
 لاحقيقة له وليس من المعلوم مقدار الزمن الذي يشبهه حيوان الجرب متى  
 يعد عن المحال التي يجد غذاءه فيها لكن يظهر انه يمكث بسرعة متى  
 وصل وتشبت بأدوات الفراش او الملابس والذي يؤيد حقيقة هذا الرأي  
 اكثر من مشاهدة بعض القوس ما ذكره هـ بران انه يعالج في مارستان  
 وينفذ نحو الالف وخمسمائة مريض بالجرب في كل سنة وان مع عدم تعرض  
 الملابس وادوات الفراش لطرق مخصوصة لاجل قتل قوس هذا الحيوان  
 ولا وضعها في قزابات الغلي او الغسل لا تزيد النكسات في العدد عن واحد  
 في المائة

الاعراض والسير

المرض الذي يدل على وجود الجرب ابتداءه هو الاكلان الشديد الذي يزداد  
 جدا في المساء ومن حرارة الفراش بسبب شدة تحرك حيوان الجرب وهذا  
 الاحساس بالاكلان لا يشتد فقط في المحال التي تكون غائبا بحسب المساحة وان

الجرب **ص** اصابع اليدين وثقبات المعاصم والماصل والشدين والنجز  
 والصغى والعضيب والاقدام بل كذلك جلد البطن والفخذين والامم  
 الذى يظهر بالتدريج بعينه هيرا نوع اخرها صناعية وينسب منه من جهة التميم  
 الاواسطى النسيج عن حيوان الجرب ومن جهة اخرى لتأثير الهرش  
 بالاطراف فظهر في الاصابع والمعاصم وثنية الريقين وفي جميع المحال السابق  
 ذكرها المعرضة للهرش الشديد كالصدر والبطن والفخذين تعقدات او حلمات  
 او حويصلات او بثور بمسده متغاوت على حسب استعداد النخض  
 فعند الاطفال والاشخاص ذوات الجلد الكثير التثرير ترقى الالتهاب الجلدى  
 بسهولة فيحصل تقيح وتكون بثور (وهذا هو المعروف بالجرب البثرى)  
 واكثر من ذلك دليلا على الجرب وجود الميازيب القنوية انفس حيوانات  
 الجرب التى تشاهد بسهولة للمترن فان كلاً من التعقدات والحويصلات  
 والبثور يتمزق بسهولة من الهرش ويستحيل الى خشك يشات دموية  
 وهذه الميازيب القنوية تظهر على هيئة خطوط قنوية تشابه اثر النعام  
 التسمات الخطية الناتجة عن الوخز الخطى للابر في ابدانها في المحال  
 التى نفذ منها انفس حيوان الجرب تشاهد غالباً حويصلات ويندر مشاهدة  
 حلمات او بثور وفي اتمامها تشاهد نقطة رقيقة داكنة او مبيضة تكون موازية  
 للمفر الذى وصل اليه انفس الاكروسي واكثر وجود تلك الميازيب القنوية  
 في الايدي لاسيما في الجهة الانسية من المعاصم والساعدين وبين الاصابع  
 والعضيب ومن الجائز وجودها في جميع اجزاء الجسم ما عدا الراس وينبغى  
 لاجل الحصول على انفس الاكروسي وضعه ادخال ابرة في ابتداء الميزاب  
 القنوى باطراف الى اتمامه مع تمزيق البثرة المغطية لتلك القنوة لقطع  
 البيضاء الصغيرة التى توجد عادة في طرف الابرة بعد هذه العملية هو  
 انفس الاكروسي وبوضعه تحت الميكروسكوب لا يندر ان يشاهد فيه بيضة  
 تخرج بسهولة عند الضغط عليها بقطعة من الزجاج من جسم الحيوان والمسالك  
 الاكروسية التى يوجد فيها البيض تصطبغ بارشاح وحرارة في اجزاء الجلد  
 ان كانت اسفلها وبعدها تترار الجرب مدقة من الزمن يكسب الطفق الذى  
 كان ابتداءه خفيفاً شدة وامتداداً بحيث ان الطفحات التى كانت بعيدة عن

بعضها في الاجزاء العصابة تحتها ويكتسب الطغم شعسكل الاجزىما  
 الجرا التشاعنة البسيطة او القشرية وهذا يشاهد منه وصاعدا الا فقال  
 الذين لا يندران بهير التثخين عندهم عسرا بسبب امتداد هذا الطغم  
 الى الوجه وفروة الراس اذ قد يصل اليهم الفقس الا كروسي  
 ولاجل تشخيص الجرب مع الدقة لا يستدعي الحال على الدوام ثبوت وجود  
 المسالك الا كروسيه في اغلب الاحوال فان الاكلان اشديد الذي يتردد  
 كل مساهو يرتقى يكفي غالبيا في معرفة هذا الداء ولو قبل اتضاح اذ في تفرق  
 الجلد وذلك ان ثبت ان المريض كان ملاسا قبله في بعض اسياع لنخص  
 مصاب بطغم جلدي اكل ويسهل تمييزا لاجزىما الحقيقية من الجرب  
 الذي هو ايضا نوع اجزىما قائم بنفسه فان كلالا من انفصال الطغمات  
 الجلدية عن بعضها وتزق اغايبها بالهرش وامتداد الدهم على سطح الجسم  
 لاسيما الاجزاء التي سبق ذكرها وسلامة كل من الرأس والوجه والظفر  
 وثوران الآلام في كل مساهو بل كاف في معرفة هذا المرض وهما كان شفاء  
 الجرب خالبا عن الخطر وسهلا للغاية فانه متى جدوا طبقات العمالية  
 من النوع الانساني لانه يمتد بر مرضاذا يخاصا بالافراء وهذا الاعتقاد  
 القائم منسلطن جدا حتى ان قول الطبيب ان الدهم الجلدي الوجود  
 سهل الشفاء جدا وغير خطر لا يمنع من الرعب الشديد عند القول انه  
 جرب

### في معالجة الجرب

الغاية الوحيدة المهمة في معالجة الجرب هي قتل الفقس الا كروسي  
 وبيضة المحتوية عليه المسالك القنوية بواسطة معالجة موضعية وهي  
 تمت هذه الغاية شفت ايضا الطغمات الجلدية الناتجة عن هذا  
 الحيوان الطفيلي والهرش المتسبب عنه وعلى اختلاف الوسائط العديدة  
 المستعملة والموصى بها في الجرب نذكر على ذكر المواثق منها بحسب الاحوال  
 فان معالجة الجرب تختلف في الحقيقة باختلاف الاحوال فعند الاطمال  
 والنساء ذوات الجلد الكثير الحساسة مثلا لا يمكن اتباع المعالجة التي  
 يجوز فعلها في الرجال ذوى الجلد السميك القوي كما ان المعالجة تتنوع ايضا

بحسب اختلاف درجة المرض وكذا بحسب رغبة الابحصاص بالنسبة لسرعة  
 المعالجة او اجرائها مع التأني والتأخير وبالجملة فقد يستدعي الحال أيضا  
 لاجراء المعالجة ليلا لعدم انقطاع المريض عن اشغاله اليومية او  
 القرب من الاقارب مثلا فان ذلك يتوقر المعالجة الاعتيادية أيضا وكذا من  
 الادوية المستعملة في الحرب من الامور التي ينبغي ملاحظة ان المصابين  
 بهذا المرض يكونون في الغالب من الفقرا واكثر الجواهر الدوائية استعمالاتها في  
 هذا الداء وانه كان على حالة بسيطة او مركبة هو المصابون الطبي والكبيريت  
 فان اريد استعمال الصابون الطبي بذلك الجلد كما قد ياقه من ثمان كل يوم  
 ماعد الرأس لاسيما الحال التي تكون مجلسا للفقس الاكروسي والحرش وانما  
 ينبغي صيانة المحال الرقيقة الجلدية من الاعضاء التامة عن ذلك الشديد  
 خوفا من حصول الاتساع والالتهاب فلا يدلك منها الا بحال الطقم فقط  
 ولا ينبغي غسل المصابون في أثناء المعالجة ولا تغيير الملابس وينبغي  
 بقاء الجربان في أثناء المعالجة بين اغطية من الصوف عاريا حيث انها  
 لا تمتص المصابون ومدة هذه المعالجة تختلف بحسب درجة تغير الجلد والقوة  
 التي قبل ذلك بمسافة كرون من يومين الى خمسة وتتمى متى زال الاكلان  
 الناتج عن الجرب بالكلية وحل محله الاحساس بالتورخ والحرقان الذي يتميزه  
 المرض عن غيره وصارت البشرة قشرية ولم يسترد الطقم وانما من هذه  
 الحبيبية الاخيرة نقيه على انه يحصل عند بعض الاشخاص ذوات الجلد الكثير  
 التأثير من ذلك بالصابون اجزم صناعية فظهور الحبوب صلات ثانيا  
 يوقظ الزهم خطأ عند المصابين بالجرب بان الشفالم يتم وانه يلزم تقوية ذلك  
 بالصابون وبعد انتهاء المعالجة بهذه الكيفية ينبغي غسل الجلد واستعمال  
 حمام ويمكن الحصول على الشفا بسرعة متى صار مخرج المصابون الطبي  
 بزهر الكبريت او حتى استعمال مرهم مركب اخر ولو كان غاليا نوعا  
 كمرهم ولدكنسور الذي نوعه هبرا (وهو مركب من زهر الكبريت ومن  
 زيت الزيتون من كل ٣٠ جراما ومن الصابون الطبي والشحم  
 من كل ١٥٠ جراما ومن الطباشير ١٠٠ جراما) واما طريقة المعالجة  
 المرصية للمعلم هردى التي بهاء يمكن نقل الفقس الاكروسي فانها توافق

الاضغاص ذوات الجلود القابل للتأثر من الماء كورولا سما في الجماع العظيمة  
 فيك المشلاقات اذ يمد هذه العارية في سنة نفي الحال عن تعيين حال الخطو صفة  
 لجرمانير وهي عبارة عن الدلك بالصابون العادي نصف ساعة ثم امتهن  
 حمام في مدة ساعة مع استمرار الدلك ثم اتخير ايديك بجمع البلسم مدة  
 نصف ساعة بهرم هلمريك المركب من (زهر الكبريت ١٠ جرام  
 كربونات البوتاس ٨ جرام بلغم نقي ٦٠ جرام) واكثر من هذه  
 الطريقة في الشهرة والاعتعمال طريقة المعظم فلم ينكس كما تقر راسه الها  
 في المصنوع بالباجيكي وهو ان المصاب بالجرب يستعمل الدلك في حمام فاتر  
 بواسطة قطعة من الصوف لاجل الالفة بشرة وفتح المسالك الاكرونية  
 ثم يدلك بالكاغويا بالصابون الطهي او بالصابون الاعتيادي ثم يمسح في  
 الحمام قدر نصف ساعة ثم يستعمل المحلول الكلسي الكبير بقى للمعلم فلان ينكس  
 الذي نوعه المالم الكيماوي الشهير بالمركب من (كلس حرق ١٠ و ماء عذبة  
 مقدار كافي لتماص انطفاء البير) ثم يمسح في ويضاف له من كبريت  
 العامودر طالان وما ينج في عشر من رطلان الساخني بصير مقدار السائل اثني  
 عشر رطلان يرشح وهذا المحلول يدلك به كالصابون لكن مع غاية الاحتراس  
 وتقل الزمان في جميع اجزا الجسم المصابة ثم يستعمل حمام فاتر الى تمام  
 الساعةتين ثم ينظف الجسم من جزيات الكبريت المعلقة به بواسطة  
 الفسلات الباردة وجميع هذه الطرق العلاجية المبرهنة لا يجوز استعمالها  
 عند الاضغاص ذوات الجلود القوية والامفال وبدلان هذه الطرق  
 العلاجية المذكوكة ودية يستعمل الان في معالجة الجرب بطرق علاجية اخر  
 غير كريمة لاسيما طريقة المعالجة بهرم الياسم البروقيان والامتيركس  
 السائل اي المبيضة السائلة فاما الياسم البروقيان الذي اوصى به في العصر  
 الجدي المالم جيفرت في معالجة الجرب فيظهر انه سم قوي قتال للفقس  
 الاكروسي فيقتله تبعه البركرد هو وبيضه في ظرف عشر من الى اربعين  
 دقيقة حتى لاسه هذا الجوهر بدون واسطة وهذه المصابة تبت اباته مال  
 حمام في لاجل الالفة البشرة ثم يدلك بجمع الجسم بعد ذلك ماعدا الراس بهذا  
 البلسم مع غاية الاحتراس ويعتني خصوصا بذلك الاجزاء التي تكون المجلس

الاعتيادي

الاعتقادى الفقس الاكرومى كالايدى والاقدام والمفاصل الموصولة  
 واقطن والصفن والمثدين والاليتين والمقدار الذى يستعمل في هذه  
 المعالجة يكون من عشرين الى ثلاثين جراما ويدلك بهذا المقدار في ظرف  
 يومين على اربع مرات اوست بدون تغيير الملابس ثم يستعمل حمام عمومي  
 فاجر لاجل التنظيف وان هذا الجوهر يستعمل على طريقة المعالجة الصربية  
 معنى انه يدلك به بالطريقة السابق ذكرها بقدر ١٠ جرامات الى ١٥ ثم  
 يستعمل حمام صابوني ولاجل زيادة التأكيد ينبغي تكرار هذه الطريقة بعد  
 يوم او اثنين وفائدة المعالجة بالبالم البروقيانى العظيمى هي كونه لا يهيج  
 الجلد ولا يلتهبه ولا يفسد احساس بحرقان وكونه غير كزيب الرائحة كغيره من  
 الوسائط العلاجية المستعملة في الجرب بل انه جيد الرائحة واما الاستبركس  
 اى الميعة السائلة فقد ادمى بها سطو وذ كرأتم واسطة جيدة في معالجة  
 الجرب وينبغي مزجها بزيت الزيتون (بقدر ٣ جرام من الميعة السائلة على  
 ٨ جرام من زيت الزيتون) ويدلك بهذا المقدار على مرتين كما يدلك بالبالم  
 البروقيانى وذلك بعد اسهال حمام باثر والميعة السائلة بالنسبة لتأثيرها  
 ليس لها وجه تفضيل عن البلم البروقيانى وانما الجبس ثم او ككونها  
 لا تلوث الملابس تغسل ولا بد عنها في معالجة الفقراء والمبارستانات واما  
 تنظيف الملابس بالتبخير في درجة حرارة من ٧٠ الى ٨٠ فلابد منها  
 اغلب المؤلفين ضرورية كقولهم ابراً وكون الفقس الاكرومى قليل  
 الوجود في الملابس دون ادوات الفراش انما ينتج عن كون حرارة الفراش  
 تجذب الفقس الاكرومى الى السطح الظاهر من الجسم  
 في تغييرات الافرازات الجلدية

يحصل على سطح الجلد زيادة عن التبخر الجلدى الغير المحسوس من تحلل  
 البشرة افرازات حاسناتى من الغدد العرقية وهو المعروف بالافراز العرقى  
 وينتج لذلك الميعة الدهنية الجلدية المنفرزة من الاجرنية الدهنية وجميع  
 هذه الافرازات قديماتها تغيرات كوكيها ومع ذلك فهذه التغيرات ولا سيما  
 الشروط التى تتم بها ليست معروفة كل المعرفة وقد ذكرنا في عدة محال من هذا  
 الكتاب بجملة تغيرات مهمة في افراز العرق مرتبطة ببعض امراض

مخصوصة فلا حاجة لان تذكر ان فاهور العرق في الامراض الحمية وان دل على  
 اتجاه نحو الجودة والنحس بين في عدة امراض احيانا لكنه في احوال اخرى قد  
 لا يكون له ادى اهمية بل مضر عند ازدياده اذ يدا عظيم كما ان انذبه على ان  
 كلام الصفة الجافة للجلد او الرطبة لا يدل دلالة اكيدة على كمية الماء التي  
 تنفرز بواسطة الجلد في زمن معين بل انه عند المرضى المصابين بامراض حية  
 ذوات الجلد الخارجي يكون جلدهم قحلا جافا ولو مع ازدياد الافراز المائي  
 متى كانت شروط التبخير الجلدي السريع قوية ثم ان ازدياد عن الشروط  
 المملومة المحذرة لازدياد في افراز العرق وهي احتواء الدم على كمية عظيمة  
 من الماء بالشرب الغزير وازدياد الضغط الدموي الباطني في المجموع  
 الشرياني وفي الاعببة الشعرية لتعدد العرقية تبع لذلك توجد اصابة بالاعصاب  
 قايمة الوضوح لها بعض تأثير من هذه الحمية اذ من المعلوم ان للاعصاب  
 الحسية من الدماغ نوع تأثير منعكس على الافراز العرق في والذي وبذلك  
 العرق الذي يحصل بواسطة الافعال النفسية كما تنفع الجلد واهجراره  
 وكذا الذي يحصل من مس اللسان بفرش بواسطة واهر مهيجة كما ثبت  
 ذلك بالنجارب وبالجملة توجد مشاهدات من العراق لجانبى لاحدى جهتي  
 الوجه او الجسم تعتبر نتيجة عن تغيرات مرضية في العقليم النباتي العنقي  
 للحمة المصابة بالعرق

ثم ان العرق في بعض اجزاء الجسم تنفر منه رائحة غير جيدة كثير اوقايل لا  
 في الحالة الطبيعية لكنها قليلة الوضوح بحيث لا تدرك الاعند تعرية تلك  
 الاجزاء وذلك كالبطين والاعضاء التناسلية الطاهرة والبهان والاسطحة  
 المتلامسة من القدمين وهذه الرائحة هي والصفة الحمضية للعرق تنفر عن  
 حمض شمعي سائب يسبب التحلل شمعي في الاخيلية الغددية العرقية التي  
 تختلط بالاسائل العرق المنفرز من الدم فيوجد عند بعض الاشخاص في احد  
 اجزاء الجسم لاسيما الذمير زيادة عن كثرة افراز العرق حالة التحلل سريع  
 وبشترك في هذا التحلل ايضا الافراز الجرابي الدهني وبذلك تنشأ الرائحة  
 كريهة للغاية تشابه الحوامض الشمعية فيشاهد ان الافراز الجلدي  
 الغزير المتعفن لا يتفد من جراب الاقدام فقط بل ومن نعالها ايضا فيتمعد



منه والحمية كريمة للغاية عند مثل هؤلاء الأشخاص سيما القليل النظافة  
منهم مع ان العرق المنفرز من جديد من ارجلهم المغسولة غسلا جيدا لا يكون  
ذات رائحة كريهة وينضم لهذه الرائحة عند مثل هؤلاء الأشخاص التي تعوقهم  
من كثرة الاختلاط مع غيرهم ان العرق الغزير يحدث تعطنا وايضا  
في الطبقة البشرية لا تخص القدمين وجاتهم ما بحيث ان هذه الطبقة تنفصل  
على هيئة مادة دهنية وتصير الادمية ذات لون احمر كثيرة الحساسية  
بحيث يتعد رلبس النعال والمشى بها والرأى القديم المنتشر من ان الشفاء  
الذاتي أو بالصناعة لعرق الاقدام المنتن خطر جدا لكونه يعقب بأمراض  
باطنية مهمة لم يزل معتقدا عند كثير من المؤلفين لكن الماعلم هيرالميزل  
وهما على الرأى القائل به من منذ زمن طويل من ان شفاء بعض الامراض  
عقب ظهور العرق القدي وبالعكس اى فهور امراض اخر عقب  
انقطاعه يعتبر من الامور التي ان شوهدت حقيقة تكون من المصادفات  
اروهو الغالب يعتبر خطأ ناشيا عن عدم مشاهدة سير الامراض بالقدرة  
والانى ثبت لنا من هذه الجيثة ان المرضى الذين ينسبون بعض الامراض  
الزمنة عند عدم انقطاع العرق القدي يدل البحث الجيد عنهم -معادة على  
ان زوال العرق القدي ايس سببا في هذا المرض بل نتيجة له بمعنى ان  
ذلك الانقطاع يكون قد نتج عن الانيميا الناشئة عن هذا المرض وبالنسبة  
لعالجة العرق القدي المنتن يمكن ولا بد في الاحوال التي فيها لا يسمح بزوال  
هذا العارض خيفة من حصول عواقب مغممة او التي توجد فيها امراض  
ضمنية تظن المرضى بتماقلها ان شفيت من العرق القدي المنتن تحسبن  
حالتهم بدون شفايتهم وذلك باستعمال النظافة التامة بغسل الاقدام صباحا  
ومساء بالماء البارد القراح او الممزوج بالخل او بمحلول الثنين ونحو ذلك مع  
تغير الجرابات كل يوم على التعاقب ولبس النعال التي لا تمنع التصاعدات  
الجلدية القديمة وفي آن واحد يمكن ذر مسحوق الكبريت النباني او النشاء في  
الجرابات قبل لبسها او وضع فتائل من النسالة بين اصابع القدمين متبلة  
بهذه المساحق ومن جملة الوسائط المستعملة ايضا بكثرة مسحوق ملح الطرطير  
فان لم يكن المررض باستعمال تلك الوسائط وجب استعمال طريقة هيرا

وهي ان يدهن بالمرهم المسمى ( المأخوذ من اصقة المشمع البسيطة ومن  
 زيت بززالسكتان اجزاء متساوية وتعمل مرهما ) قطعة من البفت  
 عريضة وتوضع على اخمص القدمين بعد نظافتهم جدا ثم توضع الشريطة من  
 البفت ايضا مدهونة بهذا المرهم بين الاصابع ثم تغلف القدمان كناية بطرفي  
 الرفادة والقدم المغلاف بهذه الكيفية يلبس بالجراب كالعادة وتبقي المهربا  
 يجدد القيار في كل ١٢ ساعة ويجفف القدم بخرق جافة بدون غسل ولا  
 استخدام ثم يغير على المريض كأول مرة وعلى حسب اختلاف شدة هذا  
 المرض تكرر هذه الطريقة ثمانى مرات او ١٢ وفي اثناء هذا الزمن يكون  
 المريض جالسا خوفا من زوال المرهم من على اخمص القدم عند الوقوف او  
 المشى ولا يغسل القدم الا بعد زوال الطبقة البشرية القديمة على هيئة قشرة  
 مسمرة صغرا وتكون طبقة بشرية جديدة بيضاء وهذه المعالجة تكفي في  
 معظم الاحوال لحصول شفاهة مستمر تام او اقله يستمر سنة او جملة سنين  
 وحينئذ يمكن تكرار هذه الطريقة وقد اكدنا المعلم هير انه استعمال هذه  
 الطريقة مدة عشرين سنة في مائة من الاصخاص بدون مشاهدة اذى ضرر  
 بعد الاستعمال حالوا ولا يجملة سنين وفي الامراض الحمية الشديدة التي  
 ابتداء الافراز العرق بعد جفاف الجلد المستطيل يجرد ولا بد العرق النابغ  
 بعض المسام متسندا بسبب تراكم اخلية بشرية فيها وحينئذ تجتمع  
 اسفل الطبقة السطحية البشرية مكونا الحويصلات مائية شفافة في حجم حب  
 ابي النوم الى حجم حب الشهدانج ويوجد في قمة تلك الحويصلات الصغيرة  
 الفوهات المنسدة تبعا ليرتسب رنج وهذه الحويصلات العرقية المعبر عنها  
 بالدخ الشفاف يسهل ولا بد تميزه بمحصله الشفاف ذي الخواص الحمضية  
 وبعدم وجود الاحتمان الجلدي حوله عن اشكال الدخنية الاتهابية  
 المسماة بالدخنية الجراء وهذه الحويصلات الشفافة تشاهد في الجهة  
 المقدمة من الصدر والبطن والعنق اعنى في الاجزاء الغبر المعرضة  
 للاحتكاك عند الاستلقاء على الظهر كما هو الواقع في الامراض الحمية  
 الثقيلة ولحذو الحويصلات الشفافة أهمية فقط من حيثية وجودها في  
 الامراض الحمية الثقيلة الشدة الطويلة المدة التي تحدث جفافا مستطيل في

الجلد يؤدي لانسداد مسام العرق واما تغيرات افراز المادة الدهنية فنذكر  
 منها ابتداء ازدياد الافراز الدهني الجلدي المعروف بالسيلان الدهني  
 وهذا الافراز يحصل في جميع اجزاء الجلد ما عدا راحة اليدين واخص  
 القدمين التي تقدم منها الاجربة الشعرية والغدد الدهنية ويكثر وجوده في  
 اجزاء مخصوصة ككفوة الرأس والوجه والحشفة والبطر ومع ازدياد  
 هذا الافراز يحصل غالباً تغير في صفاته الطبيعية فان المادة الدهنية  
 الجادية تبقى سائلة في الحالة الاعتيادية عند ما تكون حرارة الجسم  
 طبيعية واما في احوال السيلان الدهني فانها تبقى متكاثفة وهذا يوجه  
 بازدياد المادة الشمعية الصلبة عن المادة السائلة المعروفة بالاولايبين  
 وعند ما يبقى هذا الافراز سائلاً يظهر جزء الجلد المغطى به كالانف والجبهة  
 وجلد الرأس والشعر ما عدا كانه مغطى بالزيت والمرهم وعند وضع قطعة  
 من الورق غير المنشى عليه تظهر فيه بقع دهنية ومثل هؤلاء الأشخاص  
 يصيرون كثيرى الوساحة فان الجزئيات الترابية تبقى متعلقة باجزاء الجلد  
 الدهنية واد في احوال السيلان الدهني التي يبقى فيها الافراز متجمداً فيكون  
 جزء الجلد مغطى بطبقة رقيقة أو تخيئة قشرية تظهر في الاجزاء المغطاة  
 كالغرفة ذات لون ابيض سنجابي واما في الاجزاء الغير المغطاة فانها تظهر بلون  
 مختلف فتكون سنجابية أو مسمرة أو مسودة وذلك اعلوق الاتربة بها وعند  
 الاطفال الذين يوجد عندهم افراز دهني غزير في فروة الرأس قد تشاهد  
 طبقة قشرية دهنية سنجابية أو مسودة سيما حذاء اليوافخ خصوصاً عند  
 قلمي النظافة منهم وهذا ما يسمى بالقشرة الدهنية للرضع وعند نزوح هذه  
 القشرة بالهاتف قد يشاهد في سطحها الباطن امتدادات مستطيلة حذاء  
 الفوهات المتعددة للغدد الدهنية وهي عبارة عن السدد الدهنية الرقيقة  
 المائجة لوهاتها ويكون الجلد اسفل هذه التراكمات غير متغير أو قليل  
 الاحمرار وبذلك يمكن تمييز السيلان الدهني عن الاجزيمات التي فيها يشاهد  
 الجلد عقب نزوح القشرة ملتصقاً أو نشاعاً ومع هذا ننبه على ان الافراز الدهني  
 في الجلد الرقيق يمكن ان يحدث اجزيماتاً تبعية وفي احوال عديدة اخر من  
 السيلان الدهني قد تكون المادة المنفردة جافة بحيث تسقط على هيئة

قشور صغيرة فضالية ( وهذا يعرف بالسيلان الدهني الجاف أو الخشالي )  
 وكثير من الطفحات الجلدية المتصهفة بوجود قشور رقيقة يهضم  
 هذا القليل سببا البيتر يازس الراسي فهو نوع من السيلان الدهني الجاف  
 تكثر مشاهدته عند النساء والشابات المصابات بالخشلوروز والانيما  
 والمعتبر من اضطرابات حبيبية وفي مثل هذه الحالة تسقط الطبقة الدهنية  
 الجافة عند التمشيط أو الهرس على هيئة قشور فضالية تبقى متشبثة بالشعر  
 أو تسقط على الملابس وقد ينضم لتكثرت ساقط الشعر وهذا الذي  
 يلجئ المريض لندب الطبيب ومعالجة السيلان الدهني ببتدئ فيها  
 بالاناء القشور الدهنية بواسطة زيت الزيتون أو غيره من المواد الشحمية ثم  
 تنظيف الرأس بالماء والصابون ولاجل منع تجدد هاتينغى تكرار ذلك  
 بالزيت والغسل بالماء الصابوني أو بالاكوكول المضاف اليه قليل من ماء  
 الملسكة أو الايتير يومافيوما واما في احوال السيلان الدهني الراسي  
 المستعصى في البالغين فلان كفى هذه المعالجة وحينئذ يرضى للوسائط  
 السابق ذكرها الغسل بروح الصابون البوتامى بل وعند استمرار جلد  
 الرأس أو ارتشاحه يستعمل مرهم الراسب الابيض أو المس بالفرشاة  
 بروح القطران ( الماركب من زيت الكادوالا كوكول اجزاء متساوية )  
 وان كان السيلان الدهني متعلقا باصابات مرضية اخرى كما مرض الاعضاء  
 التناسلية أو الانيميا أو الداء الزهري ونحو ذلك يحتاج ولابد لمعالجة ودية  
 لا ثقة ولذا ان اندار الاحوال المتعلقة بمرض منهك ثقيل كالسل أو السرطان  
 غير حميد وقد ذكر هير انه شاهد منفعة عظيمة في استعمال الحديد مع الزنج  
 كالارضى به نيلسون والشعر الساقط قد يظهر ثانيا في الاحوال الجديدة لكن  
 الغالب ان يبقى خفيفا

وهناك نوع اخر من التغيرات المرضية للاجربة الدهنية فيه الافراز الدهني  
 وان لم يعتبره تغيرا كولا كيفالانقذف الى الخارج بقدر ما يفرز وحينئذ  
 تجتمع المادة الدهنية في الجراب الدهني اعنى في قناته فتتكون  
 اورام دهنية احتمالية واشهرها ما يسمى بالكوميدو اى السدد الجرابية  
 الدهنية وهو عبارة عن تجمع مادة دهنية في الاجربة الجلدية ونوهة

قنواتها وهذه السدد تعرف بتلون التربة المتجمدة على سطحها بتلون مسود  
 فتظهر نكتة سوداء عليها والفتاة الجراية تمتد تمددا عظيما بالسدة  
 الدهنية بحيث ترتفع على هيئة عقدة وعند الضغط على هذا الجراب بمفتاح  
 ساعة فوهمه مقابل ثلاثة السواد من السدة الدهنية يخرج من فوهة  
 هذا الجراب مقصلا مجعني يكتب شكلًا خيطيا وهذه المادة تحتوى على  
 خلايا دهنية ومادة دهنية سائبة وأخلية بشرية وبثورات كواسترينية في  
 السدد القديمة ثم ان النسب بين السدد الدهنية والتهاب الجارية الجلدية  
 قد سبق شرحها عند الكلام على الاكمنة الاعتبارية وقد تنمشر السدد  
 الدهنية في الوجه والصدر والظهر بعدد عظيم جدا بحيث تحدث تشوها  
 عظيما وتحتاج للعلاج ومعالجة السدد الدهنية يبتدأ فيها بالانة السدد  
 المتبسة المائلة لها بواسطة لذلك المتكرر بالزيت أو الضماد القاتز  
 ثم تعصر السدد الدهنية بواسطة مفتاح ساعة أو مكبس السدد الدهنية ثم  
 تستعمل المهيئات الموضعية بالفسلات الباردة المتكررة مع ذلك القوى  
 والغسل بماء المذكرة أو الطلاء بروج الصابون البوتاسي كل مساء أو بماء  
 الغسل للملح كومييل فيلد كاذ كرفي الاكمنة

### تذييل

لما كان كتابنا على طبق الطبعة الثامنة وجارينا التاسعة فيما استدر كته  
 عليها من الفوائد وكانت الثامنة خالية عن المبحثين الآتين احببنا  
 ان نأتي بهما كي لا يخلو كتابنا عنهما تميمًا للفائدة ان تكون صلتهم على اهل  
 هذا الفن عائدة حيث انهما يعتبران من التولدات المرضية الجلدية الجديدة  
 \* (المبحث الثالث والعشرون في الاسكايرودري) \*

### نهاى الاورام الجلدية اليباسية او التيمسات الجلدية

الاضغاثات الجلدية والتولدات الجديدة التي تحصل في الجلد عديدة جدا  
 وقد شرحنا كثيرا منها في مبحث الاضغاثات الجلدية كما وان كثيرا منها يتعاقب  
 بفن الجراحة فلا نظيل به وانما يخص بالذكر في هذا المبحث المرض النادر جدا  
 المعروف بالاسكايرودري الذي شرحة ابتداءه تر يال بغاية الدقة وذكر ان  
 اسبابه مجهولة وانه يحصل في جميع اطوار الحياة ولا سيما في السن المتوسطة  
 وفي النساء اكثر من الرجال وينشأ عن نوع تقوطني في المنسوج الخلقى للجلد

ثم ظهور فيه في عقب ذلك تكون التيبسات الواضحة في المنسوج الخاوي  
 الجلدى وتحت الجلد التي يكثر ظهورها في الاجزاء العليا من الجسم كالوجه  
 والايدي والذراعين والاصابع فيه سيرجلده هذه الاعضاء يابسا كلوح  
 الخشب ويكون اما باهت اللون أو مجرأ أو يجه بتيا وحينئذ لا يمكن رفعه على  
 هيئة ثنية بل يكون ملتصقا بالمنسوجات التي تحتها التصاقا متينا ولذا ان  
 تقاطيع الوجه تصير شبيهة بصورة حجرية وكل من الشفتين وجناحي  
 الانف يحصل فيه قصر وتكون الاصابع في حالة انثناء مستمر ثم ان هذا التغير  
 المرضي يمكن ان يمكث سنين ومتى حصل انكماش وضور في الجلد صار غير  
 قابل للشفاء لكن قد شوهد في ادواره الابتدائية نوع شفاء تام أو غير تام في  
 ثخن الجلد وتيبسه ولكن هذه الغاية يظهر انه لم يحصل عليها باستعمال  
 الحمامات والادوية الملمنة والالاستعمال الظاهري بل والباطني  
 بالمرهم الزينقي ويودور البوتاسيوم بل باستعمال معالجة مقوية بالمركبات  
 الحديدية وزيت كبدا الحوت والاغذية الجيدة وطبيعة هذا الداء لم تنضج  
 الى الان فذهب بعضهم الى ان السبب الاصلى لهذا التغير المرضي الجلدى  
 ناشئ عن ركود المادة اللينة او في الجلد بسبب تسكاتها وذهب آخرون  
 الى انه ناشئ عن تغير مرضي في الاوعية اللينة او في وحينئذ فهو يقرب من  
 داء الغيل العربي كما ان غيرهم من المؤلفين الذين يعتبرون انه يوجد  
 زيادة عن التغيرات المرضية في الجلد تغيرات اخرى في المفاصل والعظام  
 والسلاميات ونحو ذلك ذهب الى ان السبب الاصلى لهذا الداء عبارة عن تغير  
 مرضي عضبي غذائي في الوجه وع العقدي العصبي وهذا هو رأى الاطباء  
 الفرنسيين

ثم ان هذا الداء في البالغين يخالف بالكلية شكل التيبس الجلدى للاطفال  
 المولودين حديثا المعروف بتيبس النسيج الخاوي للمولودين جديدا وهو  
 يصيب الاطفال الضعاف البنية غير تامى الحياة الرحمية الرديئة التغذية او  
 المعرضين لتأثير البرد في الاربعة عشر يوما الاول من الحياة وهذا التغير  
 المرضي يتصرف باضطراب عظيم فدورة الاجزاء الظاهرية من الجسم  
 وانحطاط عظيم في درجة الحرارة وتيبس في الجلد والمنسوج الخاوي تحته

يبتدئ عادة في الاطراف السفلى المعرضة لتأثير البرد ومنها يمتد بسرعة الى  
الجنب والاطراف العليا والوجه واجزاء الجلد المصابة تكون احيانا منتفخة  
انتفاخا اذيميا ويا تم تصير متمبسة كالواح الخشب وباهمة اللون باردة وقد تكون  
سيمانوزية وجميع الحركات تكون معاقبة بسبب تيبس الجلد وتنعسر الرضاعة  
بسبب جثاوة الشفتين والوجنتين ويعقب ذلك الموت يتقدم انخفاض درجة  
الحرارة (التي تحط احيانا اكثر من العشر درجات مائية عن الحالة الطبيعية)  
ومن النادر حصول الشفاء عقب ارتفاع الحرارة وزوال التيبسات الجلدية  
ويتضح من الصفات التشرحية زيادة عن وجود اذيميا خفيفة في الجلد  
والطبقات الغائرة اسفل منه حالة تجمد في الطبقة الشحمية تحت الجلد  
فتصير شمعية وهذا التجمد يعتبر نتيجة لانخفاض درجة الحرارة وفي  
الغالب توجد بقايا تغيرات مرضية اخر تحصل مع التغير المرضي الجلدي  
في آن واحد وتكون قد حصلت من قبله ونج عنها تأثير ضعيف في الدورة  
الدموية وذلك كالهبوط الرئوي والانهابات الرئوية والافات العضوية للقلب  
والنزلات والقروح المعوية وهذه الاسباب المرضية هي التي ينبغي اعتبارها  
ابتداء في المعالجة فانه يجتهد بالخصوص في تحسين حالة التغذية وتقوية  
الدورة الدموية بالتغذية الجيدة بواسطة لبن الامهات اودقيق الاطفال  
اللبنى لانسلي اوسين الابغار الذي يحقن به عند تعسر الرضاعة وكذا  
بواسطة التدفئة الصناعية بالتغليف بقطع من الصوف مدفأة

### \* المبحث الرابع والعشرون \*

(في الجزام المعروف بداء الفيل اليوناني) \*

الجزام الذي كان يخشى منه بالكلية في العصر السالفة ولم يزل متسائنا  
تسلطنا واطنيا في بعض البلاد كان منتشرا في القرون السابقة في جميع اوروبا  
تقريبا ثم زال في القرن الخامس عشر من متوسط اوروبا بصفته الوطنية ومع  
ذلك قد تشاهد احوال متفرقة من هذا المرض في البلاد التي لم يكن  
متسلطا فيها تسلطا واطنيا ومارفنا البالتولوجية بالنسبة لهذا المرض  
وان كانت قد ازدادت ازديادا عظيما بأبحاث كثيرة من المؤلفين ومن جملة  
هرش وهبرا وفرجوف لم تزل مع ذلك كيفية ظهوره مجهولة علينا وانما

المحقق الان ان التوارث المائل الى ثابت في بعض احوال هذا المرض وانه  
 غير معد بالكليّة ثم ان الجزام وان ظهر باشكال مختلفة تدل ولا بد  
 اشكاله المختلطة على ان التغير المرضي واحد في جميعها وان اختلفت  
 اشكاله ومن اشكاله العديدة المختلفة يظهر ان الممول عليه تمييزا اشكاله  
 الى ثلاثة الاول الجزام النكثي والثاني الجزام الدرني والثالث  
 الجزام الخدري وهذا المرض يندر ابتداءه قبل السنة السابعة الى العاشرة  
 وفي الغالب يحصل في سن الشوبية المتوسطة ويندر ظهوره في السن المتقدم  
 وعادة تطرأ قبل الظواهر الموضوعية ببعض اسابيع او اشهر بل وسنين  
 اضطرابات بنينية عمومية كالهبوط والقشعررات واضطراب الشهية وتغير  
 الاخلاق والام مخيرة وحركات حمية مسائية وفي الشكل النكثي يظهر في  
 الوجه والاطراف وغيرها من أجزاء الجسم نكت صغيرة او عظيمة مختلفة  
 الطينية فتكون اما على صفة نقط حمر بسيطة تزول بضغط الاصبع او  
 على هيئة نقط بجمينية مسمرة او تكون على شكل بقع مبيضة لماعة فاقدة  
 المادة الملونة للجلد وهذا الشكل قد يستمر على هذه الصفة او يتضاعف  
 بظواهر الشكاكين الاخرين واما الشكل الدرني ففيه تتكون على اجزاء  
 الجلد التي فيها يقع جزامية او في السليمة منها عقدة من حجم حب الشهه الى  
 حجم البندق مؤلمة عند الضغط او ارتفاعات سطحية مرشحة وهذه  
 العقدة تكون اما معزلة عن بعضها او متقاربة جدا في بعض اجزاء الجسم  
 لا سيما في الوجه والجهة الانسية من الحجاب (وهذا ما يسمى بداء  
 الاسد) والشفتين والاطراف العليا والجهات الباطنة من المفاصل وظهر  
 اليدين والاصابع والقدمين بحيث ان حركة الاطراف تصير مؤلمة او تعذر  
 بالكليّة وفي الغالب تصاب ايضا الاغشية المخاطية للفم والحاق والحنجرة  
 والانف وكذا المنخمة والقرنية وتزحمية العين المصابة وذلك بعد مدني  
 عدة من السنين والعقد الجزامية يمكن ان تقطع سيرها وتتلاشى بعد  
 استمرارها زما ويدا ويختلف ذلك بقع مسمرة بجمينية او اجزاء مسمرة  
 من الجلد ويندر حصول ابن وتقيح في تلك العقدة وتكون فروج مغطاة  
 بقشور ان كانت تلك العقدة عرضة للاحتكاك والضغط وهذه قد تشفى ايضا



ومع ذلك قد يحصل من تلاشي العقد وتكرزها تمسك غائرة فتتعرض العظام  
وتنفخ المفاصل لاسمها مفاصل اصابع اليدين والقدمين ومفاصل المعصمين  
والقدمين

ثم ان الشكل الخدري الجلدى وان انضم الى الشكل النكتى والعقدى من  
الجزام الا انه يميز له شكل خدري قائم بنفسه فيه شلل الاحساس يحصل  
من الابتداء في اجزاء من الجلد تكن مصابة باحد الشكاين السابقين  
ويكون ظهوره فيها يسبق ثوران في حساسيتها وقد الاحساس يمكن ان  
يكون شاغلا لاجزاء صغيرة او عظيمة من الجلد كما انه قد يزول من الاجزاء  
المصابة في الابتداء ويغير محله وقد يكون قاصرا على احد انواع الاحساس  
كفقد حساسية الالم مع وجود حساسية اللمس ثم تصير الاجزاء المصابة بفقد  
الحساسية ذات لون باهت ومخض صفر وتقع في الضمور وكذا عضلات الوجه  
واليدين تشترك في الضمور وقد يحصل في الجهة الباسطة من مفاصل  
السلاميات المنقبضة هي وغيرها من المفاصل رقة وتقب في الجلد فينشأ  
عن ذلك مساقمة من الاجزاء الرخوة ضعيفة فاقدة الحياة تسع شيئا فشيئا ثم  
ينتهي الحال بحصول تعرتام بل وانفصال بعض السلاميات يؤدي ولا بد لشوه  
تام في الاعضاء (وهذا ما يسمى بالجزام المشوه) وكل من فقد الاحساس  
الجلدى والاضطرابات الغذائية السابق ذكرها أدى لايقاظ المؤلفين الى  
حالة المجموع العصبي وفي الحقيقة وجدت بكثرة الخدوع العصبية الدائرية  
العظيمة منتفخة انة فاذا عقد يابل وجدت تغيرات في المجموع العصبي  
المركزي من المعلوم دانلسن وغيره لاسيما تراكتات بجمنتية فيما نحن ومن  
الجازر انه في المستعمل يستدل بواسطة طرق البحث الجديدة للعصر المستجد  
على تغيرات منها تنضج طبيعة هذا المرض فقد شاهد بعضهم في حالة من  
الجزام الذأقي في جيسن ليننا نخاعا عظيما في الجوهر السنجابي لاعمدة  
كلارك والقرن الخلفية من النخاع بحيث انه في مثل هذه الحالة  
يعتبر ولا بد مرض النخاع الشوكي سببا للجزام وبما يؤيد التشابه بين  
الجزام وبعض الامراض الجلدية المعتبرة امراضا عصبية كثيرة وجود  
الفقاعات البم فيجوسية (المعروفة باله فيجوس الجزامى) كما وان الذى

يؤيدان ينبوع هذا المرض النخاع الشوكي هو الميل العظيم للظواهر  
 الجزامية في ظهورها ظهورا متسلسلا مستويا  
 وانذار الجزام غير جيد فان هذا الداء يؤدي للموت غالباً ولو بعد سنين بارتقاء  
 النخوة وقد وُصف بعض الاعضاء وفقد الابصار ونحو ذلك او بواسطة  
 طرؤ من اخر واحيانا يكون سيره ضعيفا للغاية فيستمر عدة سنين بل  
 وفي بعض احوال استثنائية قد يحصل نقه في هذا الداء وشفاء بوجوده  
 وسائط ظاهرية صحية جيدة

المعالجة

معالجة هذا الداء قليلة الجدوى جدا تبعا لما شاهدت اغلب المؤلفين  
 المستجدين فانه لا توجد واسطة علاجية من التي كانت تعتبر على مر الازمان  
 نوعية في هذا الداء تايد نجاحها بالتجارب وانما الذي يفضل اجراؤه على  
 حسب التجارب تبين ان مرضى من الاماكن المتسلطن فيها الجزام وتعرى بعضها  
 لشروط صحية جيدة مهما مكن مع استعمال النظافة والاغذية الجيدة  
 والهواء الجيد وتستعمل المركبات الحديدية وزيت كبد الحوت والمركبات  
 الزنخية وعلى حسب التغيرات الموضعية تتخذ الوسائط العلاجية العرضية

﴿ في أمراض أعضاء الحركة ﴾

\* (المبحث الاول في الانتهاب المفصلي الروماتزمي الحاد) \*

﴿ المعروف بالروماتزم المفصلي الحاد وبالانتهاب المفصلي المتعدد الروماتزمي ﴾

\* (وبالتقرس الطيار وبالحدار المفصلي) \*

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

ليس عندنا الآن شك في ان الاصابات المفصلية الالتهابية لداء الروماتزم المفصلي الحاد ليست ناجمة عن تغيرات موضعية بل انها تعتبر ظواهر مرضية عرضية لتغير مرضي عمومي والذي يؤدي ذلك ظهور الانتهاب في مفاصل متعددة وبعيدة عن بعضها وانطفاء الانتهاب في أحد المفاصل وظهوره في مفصل اخر لم يكن مصابا من قبل وكذا اشتراك القلب في الانتهاب بكثرته هو وغيره من الاعضاء الباطنية وكذا بغزارة العرق الواضحة لكن طبيعة هذا التغير المرضي العمومي المظنون وجوده لم تنضح الى الآن ويوجد من ذلك نوعان من النظريات مضادان لبعضهما احدهما يقول بان ينبوع هذا المرض انما ينشأ عن تغير في الاخلاط ولا سيما الدم بسبب اختلاطه بكمية عظيمة من حمض اللبنيك المتكون تكونا مرضيا وثانيهما يقول بان ينبوع هذا المرض تغير مرضي عصبي ينتج عن تفرج مرضي في المراكز العصبية الوعائية الغذائية وهذه النظريات ترتكن الى ميل الاصابات المفصلية في الظهور بكيفية مسامتة والى وجود أفات مفصلية متعلقة ولا يدب بتغيرات مرضية في النخاع الشوكي

ثم ان الروماتزم المفصلي الحاد يعتبر من الامراض المهمة جدا بسبب كثرته وتتابعه الثقيلة التي يحدثها في القلب بحيث ان هذا المرض يعتبر في أهميته كالسل الرئوي والالتهابات الرئوية والتيفوس والالتهابات الشعبية ونحو ذلك ويندر مشاهدة هذا المرض في سن الطفولية ويشاهد بكثرته بين السنة الخامسة والخامسة عشر وأكثر مشاهدته من سن الخامسة عشر الى الخمس وثلاثين سنة ويأخذ في التناقص بعد هذا الطور اقله بالنسبة لاصاباته الابدائية الحديثة وأما بعد سن الخمس والستين فمشاهدته من النوادر والظاهر ان كلا من النوعين (اي الذكور والاناث) عرضة للاصابة به على حد

سواء وانما يتعاقب جزء عظيم من أحوال الاصابة بهذا المرض ولا بد باستعداد وراثي لا سيما بالنسبة للمرضى الحديثي السن (ففي الاطفال الذين سنهم اقل من الخمسة عشر سنة يكون ثلث احوال الاصابات من هذا القبيل)

وبالنسبة لهذا الاستعداد الوراثي يظهر ولا بد انه يتضح عقب الاصابة بأمراض أخرى ولا سيما قد شوهد الروماتزم الحاد بكثرة عقب اوبئة القرمزية والدوسنتاريا والحميات النفسانية والاجهاض ويكثر كذلك الاستعداد للاصابة بهذا المرض عند الاشخاص الذين اصابوا به من قبل مرة أو جملة مرات فلا يكون مثل هؤلاء الاشخاص مصانعا عن الاصابة به مرة ثانية ولو بعد مضي فترة طويلة لكن عشرين الى عشرين ويعتبر من أهم الاسباب المتممة لهذا المرض تأثير البرد العمومي وذلك كتهريد سطح الجسم المستطيل عقب البسل والعرق الغزير وتعرية الجسم زما طويلا والنوم على الارض الرطبة ونحو ذلك ومسألة كون تأثير البرد يحدث تارة التهابات ثانوية وتارة التهابات نزلية شعبية وطورا ذبجات حلقية واحيانا روماتزم مفصليا احادا يجاب عنها بالجواب غير الشافي وهو انه لا حصول احد الامراض يشترط ولا بد وجود استعداد جسمي مخصوص وزيادة عن تأثير البرد قد يحدث المجهودات الشاقة في العضلات والمفاصل هذا المرض بل وقد شاهد أخيرا المعلم شاركو أحوال انبج فيها الروماتزم المفصلي الحاد عن مؤثرات جرحية او اعمال جراحية وكان الروماتزم المفصلي الحاد ليس موضعا فقط بل كان ايضا عموميا وحيث كانت الفقرا اكثر عرضة للاصابة بالمتمة السابق ذكرها كانت مشاهدة هذا المرض فيهم اكثر من مشاهدته في الاعنبا والروماتزم المفصلي الحاد بطرا في جميع الفصول ومع ذلك فلا يكثر عدد الاصابات به فقط في الاوقات التي يكثر فيها رداءة الجو كالبرد والرطوبة والرياح القوية بل كذلك يشاهد ايضا في اوقات اخبر يكون الجو فيها معتدلا وحرارة الصيف كذلك بحيث ياتحس ولا بد في توجيه كثر الاصابة بهذا المرض للقول بوجود مؤثر نوعي مجهول في الجو كما يقال في توجيه كثر ظهور الالتهابات الرئوية والذبجات الحلقية والوردية ونحو ذلك وفي احوال عديدة من الروماتزم المفصلي الحاد لا يعرف اسباب الحدوث اظهوره ولا لترده

في الصفات التشريحية

التغيرات التشريحية للالتهاب المفصل المتنقل الروماتزمي عبارة عن  
محصلات تغيرات احتمالية او النهائية وهذه لا توجد فقط في المحافظة  
الزلاية بل كذلك في جميع الاجزاء المكونة للمفاصل والمحيط بها  
وهذه التغيرات يختلف وضوحها بحسب شدة الاصابة ومدتها وليس لتلك  
التغيرات خصه وصيدان نوعية كالتغيرات الالتهابية المفصالية الاخرى وانما  
تميز عنها بسرع ظهورها وزوالها كذلك وبكونها ليس لها ميل  
عظيم للتقيح بل الغالب انهاؤها بالتحال ومن النادر ان يتخلف تلك التغيرات  
محصلات او بقايا ينتج عنها مضطراب مشتمل في وظيفة المفصل المصاب  
والمحافظة الزلاية تكون كثيرة الاعدية منتفخة لاسيما في محل ثنيتها  
وتد تكون مرصعة بانسكاب دوية صغيرة وسطحها الباطن يكون  
مغطى بنضج لينخى رقيق ويوجد في التجويف المفصل الى ارتشاح متفاوت  
الكمية لا يتميز احيانا عن المادة الزلاية المفصالية الا قليلا لكن الغالب  
ان يكون على هيئة سائل على ابي رقيق اصفراحت او دم اردي ندف  
وعند اشتداد الالتهاب يكون المنسوج الخلوي المحيط بالمحافظة المفصالية  
والسكاثر بين الالياف العضلية وتحت الجلد مر تشحا ارتشاحا وذيما ويا  
كثير الاعدية ومرصعة بنقط دموية وكذا الاغمدات الضلعية والوترية  
الجماوزة وهي الاكياس المخاطية تكون محجرة ملتصبة ومحتوية على سائل  
شبيه بالسائل الذي في باطن المفاصل والاطراف العظمية المفصالية هي  
والسماحي المحيط بها تكون كذلك كثيرة الدم وقد توجد تغيرات جوهرية  
دقيقة في الغضاريف واما التغيرات المفصالية الثقبيلة المستمرة كالتقيح  
والتقرح وانفصال الغضاريف وانفتاح الخراجات نحو الظاهر فانها تعتبر من  
النتائج المرضية النادرة جدا في الالتهاب المفصلي المتعدد الروماتزمي وزيادة  
عن ذلك يوجد في الجثة مضاعفات مهمة نحو الاحشا الباطنية لاسيما في  
القلب وهذه الاخيرة هي التي تكون سببا في الهلاك غالبا

في الاعراض والسير

هذا المرض يتبدى غالبا بكيفيات مختلفة وكثيرا ما لا يمكن الحكم بجمرة

حقيقته من الظواهر المرضية الاولى وهى الاضطراب البنيني العمومى  
والانحطاط والالام المفصلية المتخيرة غير القاصرة على احد المفاصل او انه  
يظهر عند المريض حالة خمية بعد شعيرات متكررة او قشيرة واحدة  
شديدة ولا يستدل من هذه الحركات على حقيقة المرض وفى احوال اخر  
تظهر الالام المفصلية الحقيقية من الابتداء كما تكون فيه غير قوية فلا تمنع  
بعض المرضى من السعى فى اشغالهم ثم ان الروماتزم المفصلية الحادة يندرجذا  
ان يصيب مفصلا واحدا او مفصليين والغالب ان يصيب عدة مفاصل بمعنى  
ان التغيير المرضى وان كان فى الغالب يصيب الاحد المفاصل بشدة عظيمة  
الا انه يصيب عادة جملة مفاصل فى اثناء سيره ومن الواصف لهذا المرض  
ايضا كون عدة من المفاصل لا تصاب مع بعضها فى آن واحد بل مع التعاقب  
بحيث ان المفاصل المتشابهة من جهتي الجسم تصاب فى آن واحد او بعد بعضها  
بقليل ولو اختلفت درجة شدة الاصابة فيها وكذا من صفات هذا المرض دون  
غيره من الانتهايات المفصلية ان المفاصل المصابة مهما اختلفت شدة اصابتها  
تعود لسلامتها ثانية او انما تبقى مصابة بدرجة خفيفة مدة من الزمن لكن  
كثيرا ما يصاب المفصل ولو بعد سلامته مرة ثانية او ثالثة ثم ان الانتهايات  
المفصلية المتعدد الروماتزمى يمكن ان يكون محاسه جميع مفاصل الجسم  
ومع ذلك فانه يصيب على الخصوص المفاصل العظيمة وبحسب كثرة  
تعداد الاصابة يكون مفصل الركبتين هو الاكثر مصابا ثم مفصل اليدين  
والقدمين وبلى ذلك مفصل الكتفين والمرقنين والمفصل الحرقفى ثم المفاصل  
الصغيرة لليد والاصابع ويندر اصابة المفصل القصى والاخرمى والترقوى  
او مفصل اصابع القدمين والمفصل الفكى والمفاصل الفقرية والعانية  
وعند البحث عن المفاصل المصابة تشاهد خصوصا فى السطحية منها تغيرات  
مرضية مختلفة الوضوح فتكون هذه المفاصل كثيرة الحرارة منتفخة  
انتفاخا وذيما واولونها اجرياها تورا كذا وقد يتحقق بالجلس خصوصا فى  
مفصل الركبة وغيره من المفاصل العظيمة من وجود انكساب فيض  
بالتموج فيه لكن الظاهرة الموضوعية الواضحة فى هذا المرض هى الالام  
المفصلية بل ان هذه الظاهرة تغاير بالكلية بشدها فى الظواهر المرضية

المدركة القليلة الوضوح وفي الاحوال الخفيفة من هذا المرض لا يحس بالالم  
 غالباً الا عند تحريك المفاصل او الضغط عليها وأما في الاحوال الشديدة  
 فيحس بالام متعبة للغاية ولو كانت المفاصل في الراحة التامة وهذه الالام  
 ترتقي لدرجة غير مطاوعة عند تحريك المفاصل ومجلس الالم يكون في الاجزاء  
 الممكونة للمفصل ولكن ذلك ليس هو المجلس الوحيد بل قد تكون بعض  
 الاجزاء المحيطة بالمفاصل وذلك كالانغماد الوترية او العضلات المجاورة هي  
 المؤلمة جداً وقد تكون الاعصاب المارة من جدار المفصل هي المصابة  
 فيتشعع الالم على طول المفصل المريض وفي المفاصل العظيمة كثيراً ما يمكن  
 التحقق من ان مجلس الالم ليس في جميع محيطها بل ان بعض الاصفار  
 المحدودة في الجهة الانسية او الوحشية هو مجلس الالم وان كان زوال كل  
 من الالام والانتفاخ من المفاصل المصابة ابتداءً بطياً مع ظهورها في مفاصل  
 آخر كان عدد المفاصل المتألمة عظيماً جداً وحالة المريض مؤلمة ومكدره  
 للغاية بحيث لا يكون له في مثل هذه الاحوال قدرة على فعل أى حركة من ذاته  
 فلا يمكنه تغيير وضعه بالارادة بل ويخشى ويتألم من فعل بعض حركات متعبية  
 كقضاء الحاجة بل وتعالجى اطعمة وقد تكون ملامسة الفراش ولو اللين  
 مؤلمة جداً فينزعج ويصبح منها ومن حظ المرضى ان هذا الانتشار في الاصابة  
 ليس كثيراً الحصول

وأما الحركة الخمية التي تظهر تارة قبل الالام المفصلية او معها اربعدا وهو  
 نادر فانهما قد تفقد وقتياً في الروماتزم المفصلي ومن النادر جداً ان تفقد في  
 اثناء جميع سير هذا المرض وارتقاء درجة الحرارة يكون متوسطاً غالباً (أعنى  
 أقل من ٤٠ ماثينية) وسير الحمى يكون مع ذلك غير منتظم ويطابق من هذه  
 الخيفية السير المختلف للاصابات المفصلية فكما ان هذه الاصابات الاخيرة  
 تتلطف في بعض الايام والالام تتناقص جداً بحيث يظن قرب الشفاء ثم  
 تصاب المفاصل ثانية بانوب اخر سواء كانت قد أصيبت من قبل أو بقيت  
 سليمة فكذلك الحمى تتلطف درجاتها بالكتابة وتنطق في اثناء تحسین الاصابات  
 المفصلية ثم تعود ثانياً مع تناقل وارتداد الاصابات المفصلية واما ان تردت  
 النوب بسرعة بحيث انه في اثناء النوبة الجديدة يكون تاثير التي قبلها مستمرا

وكانت المفاصل المصابة ممتدة مدة اكتسبت حرارة الجنى درجة عالية جدا  
 (فتكون من ٤٠ الى ٤٥ وخمسة خطوط بل أزيد) وتبقى مستمرة على هذا  
 النمط زمنا ماويلا والنمط يكون ذا نمط متوسط مطابقة لارتقاء درجة  
 الحرارة بحيث أن سرعته العظمى (أعنى زيادة عن ١٢٠ ضربة في الدقيقة  
 الواحدة) عند البالغين تعتبر في الروماتزم المفصلي الحد الكافي غيره من  
 الامراض الحمية ظاهرة خطيرة فثابت بل زيادة عن الارتفاع العظيم لدرجة  
 الحرارة على خطر بسبب مضاعفة باطنية ولذنبه هنا على الالام المفصالية  
 الشديدة يمكن ان ينتج عنها معة عظيمة في النبض وبالتمسك على القلب  
 يحس في احوال عديدة ولو التي لم توجد فيها مضاعفة بالتماب الغشا الباطن  
 للقلب بالغاظت فحمة تعرف بالالغاط الدموية والجلدي كما يكون مندا بعرق  
 غزير ذي رائحة حمضية مادامت الجنى وهذا العرق لا يعتبر في الطبيعة  
 بحرانا وكثيرا ما يوجد الجلد عند المرضى مغطى بدخنية حمراء وقد ذكرنا فيما  
 تقدم ان هذا الطغيع يعتبر من نوع الاجرم ما وانه ينتج عن تهيج الجلد الشديدي  
 محازاة فوهات الاجرية الشمرية عقب العرق الغزير ويندر مشاهدة  
 الدخنية الشفاقة على الجلد (أنظر بحث الدخنية) وزيادة عن هذه  
 الطفجات الجلدية المرتبطة بغزارة الافراز العرق في تشاهد في احوال نادرة  
 طفجات جلدية أخر تنشأ اولاد عن التغير المرضى الاصلى الروماتزمي وتكون  
 مرتبطة بالاصابات المفصالية وهذه الطفجات الجلدية الروماتزمية تشاهد اما  
 بقرب المفاصل المصابة أو في اجزاء بعيدة عن الجسم وتظهر اما على شكل  
 الايرتال النضحية أو على شكل الانجيرية أو الهريس أو الفرفوزية

وبالفقد المائي العظيم الذي يمتري الجسم اما بسبب شدة التبخير الناتج عن  
 ارتفاع الجنى أو بسبب الافراز العرق الغزير توجه قلة الافراز البولوي بحيث  
 لا ينفذ منه في ٢٤ ساعة الا من ٣٠٠ الى ٤٠٠ سنتيمتر  
 مكعب وحيث ان تكون البولينا لا يكون متناقصا بل متزايدا بسبب  
 سرعة التبادل العنصرى كان البول المتركزا وزن نوعي ثقيل جدا وحيث  
 ان كمية الماء المحتوى عاينها البول لا تكفي احيانا في حفظ الاملاح البولوية  
 منهلة عند انخفاض درجة حرارة البول يشاهد تكون رواسب الحمية عظيمة



فيه عند تركه للتبريد وهذه الاملاح تظهر ذات لون أحمر داكن بسبب رسوب  
المادة الملونة أيضاً مع الاملاح ومع ذلك فلا يحكم من وجوده راسب عذري  
متكون من أملاح بولية بان كمية حمض البولييك المنفرزة في ٢٤ ساعة  
متزايدة وقد توجد كمية قليلة من مواد زلالية في البول وهذا يتعلق ولا بد كافي  
غير هذا المرض من الامراض الجدية القوية بتمدد في جدران الاعوية الكلوية  
نتج عن ارتفاع حرارة الجسم وأما وجود كمية عظيمة من مواد زلالية  
في البول فانه يوقظ الظن بوجود مضاعفة كلوية كالنغير الكلوي  
السددي الناتج عن اصابة القلب أو غيره من اشكال التغيرات الكلوية  
المضاعفة وأهم المضاعفات المختلفة في الروماتزم المفصلي الحاد هو اشتراك  
القلب في الالتهاب لاسيما التهاب الغشاء الباطني منه وأندر من ذلك التهاب  
غلافه الظاهر أو حصولهما معاً من أول الامر ومن الجائز القول بأن هذه  
الالتهابات القلبية تنشأ عن السبب الاصيلي الغير المعروف الذي نشأت عنه  
التغيرات المفصلية ثم ان التقاويم التي فعلت بالنسبة لكثرة حصول الالتهابات  
القلبية وعدد هاتي الروماتزم تنافي بعضها بدرجة عظيمة جداً بحيث لا يمكن  
الانتفاع بها فاتباع القول المعلم بولو يكون حصول التهاب الغشاء الباطني  
للقلب هو القاعدة العامة مادام الروماتزم شديداً ومنتشراً على عدد  
عظيم من المفاصل وأما ان كان خفيفاً وقاصراً على قليل منها وغير  
حتى حصول التهاب القلب يعتبر من الاستثناءات ومن المقول به عادة ان  
الروماتزم المفصلي الحاد في الاطفال يصطحب كثيراً بالتهابات قلبية شديدة  
زيادة عن البالغين ويوجد اختلاف الآراء من كثرة حصول الالتهابات  
القلبية في الروماتزم المفصلي الحاد بما هو معلوم من ان الالتهابات القلبية  
الباطنة الخفيفة التي تحصل بكمية خفية ليست سهلة التشخيص دائماً  
بل انه في مثل هذه الاحوال من الجائز ان عيب أحد الصمامات الذي يتضح  
شياً فشيئاً هو الدال على أسبقية حصول الالتهابات القلبية الباطنية  
وبالنسبة لكون الاصابات المفصلية وزوالها بسرعة احياناً بدون ان تبقى أثراً  
فيجوز الميل للقول بان الالتهابات القلبية لها صفات مماثلة لذلك بحيث ان  
القلب المصاب بالالتهاب كثيراً ما يخلص منه بالكلية ولا يجوز لنا ان نفي بوجود

هذا التشابه بالكلية لـكن من المحقق الثابت انه متى حصل الالتهاب القلبي  
 الباطني واتضح بالكلية وصار تشخيصه كيدا بالعلامات الطبيعية فلا  
 يكون هنالك أدنى أمل بزواله والالتام بدون ان يبقى تغيرات ثابتة في القلب  
 وظهور الالتهاب القلبي لا يتوقع حصوله دائما في دور واحد من الروماتزم  
 المفصلي ففي أحوال نادرة تظهر الاعراض القلبية مع الظواهر المفصالية في  
 آن واحد او تسبقها باقليل لـكن في معظم الاحوال تطرأ الآفة القلبية  
 المضاعفة في أثناء الاسبوع الثاني ومع ذلك ننبه على ان الالتهاب القلبي  
 الحفي يمكن وجوده قبل احداثه لعلامات مشخصة أكيدة بزم من قليل  
 فان العلامات الاكيدة التي يرتكز اليها في تشخيص الالتهاب القلبي  
 تتخذ من ثبوت وجود آفة صمامية ناتجة عن الالتهاب وأندرها تقدم  
 كون التهاب القلب الباطني والظاهري يحصل في ادوار متأخرة عن ذلك  
 ومن اراد الوقوف على ظواهر الاصابة القلبية الالتهابية ونتائجها فليراجع  
 ما ذكرناه في الجزء الاول من هذا الكتاب وفي بعض الاحوال لا يقتصر  
 الالتهاب على القلب بل يمتد الى البليورا لاسيما الدمري او كليهما معا فينتج  
 عن ذلك نضج مصلي ليفي وقد ينضم لذلك نضج التهابي رئوي بكيفية  
 استثنائية ومع طرو جميع هذه المضاعفات لا ينتهي هذا المرض كما  
 شاهدناه بالموت وقد يشاهد كذلك في أثناء سير الروماتزم المفصلي الحاد  
 اصابات غشائية مخاطية واكثرها حصولا الذبجيات الحلقية والنزلات  
 الشعبية

ومن المضاعفات النادرة الثقيلة جدا الروماتزم المفصلي الحاد الاضطرابات  
 الدماغية وهي تنشأ ولا بد عن تغيرات مختلفة فبقطع النظر عن الحديان  
 الجي الذي قد يشاهد ايضا في الاحوال الثقيلة من هذا الداء يظن ولا بد متى  
 طرأت عوارض دماغية في أثناء سير هذا المرض اما بظهور التهاب سحائي  
 بسيط او سد دماغية سيارة نتيجة متحصلات التهاب الغشاء الباطني  
 للقلب واما بما يسمى بالجي الشديدة الروماتزمية وفي هذه الحالة الاخيرة  
 يحصل كما ذكره بعض المؤلفين ارتفاع شديد في درجة الحرارة فخطر  
 للعناية فتصل الحرارة من درجة ١٤ ونصف الى ٤٤ مائتية ويوجه

حصول هذا العارض الخطر بان المرا كز العصبية المنوطة بتنظيم الحرارة  
يعتر بها كما في احوال السكنة العميقة الحمية اضطراب هظيم في وظيفتها  
وعند طر وهذه المضاعفة تزول الآلام المفصلية والعرق ويطر أهديان او  
تشجات احيانا او كوما عميقة في الاحوال الثقيلة جدا ويصير النبض  
سريعا للغمابة فيطر الموت بعد بعض ساعات واندر من ذلك بعد يوم  
أو اثنين ما لم تجر المعالجة اللائقة و يظهر ان هذا العارض ينتج عن شلل  
الاعضاء العصبية المركزية سيما الخواج المشتمل بسبب شدة ارتقاء  
درجة الحرارة ومع ذلك فلم يستدل من الصفات التشرهية في مثل هذه  
الاحوال على شيء ولا توجد الا تغيرات غير واصفة

ثم ان هذا المرض ينتهي في الاحوال الخفيفة في مدة من ثمانية ايام الى ١٤  
يكون ان يبقى اثر سوى الاستعداد للكسبات وأكثر من ذلك مشاهدة هو ان  
يكسب هذا المرض سيرا بطيا غير منتظم نيمته من ثلاثة أسابيع الى سنة  
بل وفي احوال نادرة جدا قد تمتد من شهرين الى ثلاثة

والشفاء في الاحوال الثقيلة يحصل تدريجا وذلك بان يبقى في المفاصل المصابة  
احساس بجثا ووضف مدة من الشهر ومع ذلك فالمفاصل في الروماتزم  
المفصلي الحاد لا يعتر بها اضطرابات وظيفية مستمرة الا نادرا عكسا ما يشاهد  
في المزمن منه فالانذار حينئذ من حيثية المفاصل حميد وكذا من حيثية خطر  
الحياة المتعلقة بالمضاعفات السابق ذكرها حميد أيضا فان الموت لا يحصل  
الا في اثناء سير بعض الاحوال النادرة (أعني من ٣ الى ١٢ في المائة)  
وحصوله اما ان يكون عقب التهاب الغشاء الباطني القرحي للقلب أو عقب  
الآفات الدماغية السابق ذكرها لكن هذا المرض من حيثية الحسك  
على عاقبته غير حميد بالنسبة للالتهاب القلبي المضاعف فانه يكون ينبوعا  
لآفات عضوية قلبية غير قابلة للشفاء تؤدي ولو بعد حين للنوكة والمهلاك  
وعند المتقدمة بين في السن أي بعد سن الكهولة يكون الانذار أكثر جودة  
وذلك لان القلب يندر اصابته عند هم دون الاطفال والشبان وقد شاهد  
المعلم جرسجر حصول اضطرابات عقلية في مدة عقب الروماتزم المفصلي  
الحاد في بعض الاحوال وهذا الاضطراب يتم على هيئة حالة جنون

غير حمية مع صفة الحمود أو تكون على صفة المالحزليا الواضحة مع البله  
وقد تتعاقب أحوال جنونية تترجمية مع العوارض السابق ذكرها فتكون  
هذه الاضطرابات ممدودة بمركات نشجية أو خورية ومع ذلك فانذارها  
على العموم حميد وبعد استمرار هذا المرض زمنا طويلا سيما ان كانت  
الحمى ثقيلة تكون المرضى الناقهه في حالة ضعف وانيميا عظيمين وبحس  
عندهم بالغاط كاذبة في القاب والارعية لامنح من اختلاطها عند البعث  
بغير الدقة بالغاط العيوب انما نقطة الصمامية العضوية  
وقد تعرض صعوبة في التشخيص سيما في ابتداء هذا المرض وذلك عند  
ما تكون الاصابات المفصالية المصاحبة للحمى غير واضحة بالكلية او عند  
ما تكون بعض الامراض الناتجة عن تأثير البرد كالروماتزم العضلي أو الذبحة  
الخلقية أو الالتهاب الشعبي سابقة على الاصابات المفصالية الموضوعية وكذا في  
الاحوال التي فيها لا تظهر الاصابات المفصالية صفتها المنقلة وتبقى قاصرة  
على احد المفاصل التي فيها الالتهاب المفصلي يتبدئ بكيفية غير اعتيادية في  
مفصل الابهام القدي ويختلط بالنوبة القرسية وكذا الآفة المفصالية التي  
تظهر في مفصل الركبة أو الفم مصاحبة لسيلان المجرى تشبهه ولا بد  
بالروماتزم المفصلي وذلك فيما اذا انكر الشخص المصاب بالسيلان المجرى  
اصابته من الطبيب وقد يحصل ايضا خطأ عظيم في التشخيص عند وجود  
التهابات مفصالية متعددة ثانوية كالتى تحصل في اثنا سير الامراض  
التهابية الثقيلة كالتهام الصديدي والحمى النفاسية ونحو ذلك (وهي  
المعروفة بالالتهابات المفصالية الانتقالية) وهذا الخطأ كثير الوقوع في  
الاحوال التي فيها تبقى البورة المرضية الاولية المحدثة للتهام الاصلية  
بجهولة على الطبيب

### المعالجة

لوتأملنا الى العدد الذي لانهاية له من الوسائل العلاجية التي اودى بها  
واسمعت في الروماتزم المصلي الحاد والى تنوع معالجة هذا المرض  
التي يتنوع في كل سنة لاتصح لنا ان جميع هذه الطرق العلاجية ليس  
فيه كبير فائدة وأنه في هذا المرض كما في غيره من الامراض الحمية

أدى عدم اعتبار سيره الطبيعي لغلط فاحش بالنسبة لتأثير الوسائط  
العلاجية المستعملة فكثير من هذه الادوية التي كانت مستعملة بكثرة  
مدة طويلة من الزمن كالاستفرغانات الدموية الموضعية والعامية وتترات  
البوتاسا بمقدار عظيم والزئبق الخلو والسليمانى ونحو ذلك لا تستعمل  
الآن بل حصل محلها وسائط علاجية اخرى وهذه وان كانت مثلها غير  
الكيدة التأثير الا انها تفضل عن الاولى لكونها غير مضره واغلب  
الطرق المستعملة الآن تتم بها الدالات عرضية لكونها باهزالتها لعوارض  
مهمة مضره فى المرض الاصلى فلها ولا بد تأثير ملطف ومقصر لسيره ولذا ان  
كثير من الاطباء من يستعمل مقادير عظيمة من الكينين (من جرام الى ٣)  
لاجل تنقيص درجة الحرارة كفى الاتهاب الرئوى أو التيفوس وعلى  
حسب تجارب كل من المعلم فيفرو بلروت لايشك فى انه من الجائز ان صفة الدم  
عند المصابين بالحمى تعين على حصول اضطرابات غذائية التهابية وتبع لذلك  
فالمعالجة المضادة للحمى تكون مضادة للاتهاب أيضا والسكينين وغيره من  
الوسائط العلاجية المضادة للحمى يكون ولا بد ذا منفعة عظمى وليس فقط من  
حيثية الدلالة العرضية بل ومن حيثية اتمام الدلالة المرضية ايضا فى الروماتزم  
المفصل الحاد الذى فيه تلتهب مفاصل عديدة من جديد مدة الحمى وأمان  
حيثية تأثير الحمامات الباردة فى الاحوال المرتفعة فيها درجة الحمى جدا  
فليس عندنا تجارب أكيدة وكذا بالنسبة للطريقة التى استعملها ازمرل  
حديثا فى الروماتزم المفصلى وهى وضع مئانات جليدية (بدلا عن المكمدات  
الباردة) على المفاصل المتهبة وبها يحصل تنقيص سير المرض وأمان  
الاحوال ذات الحمى الشديدة جدا المصحوبة بطواهر عصبية دماغية والتي  
تنتهى بالموت كما تقدم فالمعالجة بالتبريد فيها واجبة ولا بد وهذه الطريقة  
العلاجية التى استعملها فى مثل هذه الاحوال المعلم برند وغيره قد أيد  
نجاحها المعلم فيلسن فوكس فكان ينزل حرارة الحمامات الى ١٤ درجة  
ريمر ويعطى من الباطن مع ذلك منبهات روحية وبعض مقادير من الكينين  
وعلى رأى هينبر تكون درجة الحرارة التى يمكن حصول النجاة فيها ما بين  
٤٢ و ٤٣ مائنة وحيث ان الخطر يرتفع مع ارتفاع الحرارة فى كل

عشر درجة فالامل بالنجاح يزداد كلما ابدر بالمعالجة عندما تتجاوز درجة الحرارة الاربعين وخمسة خطوطا واما المعالجة القلبية التي هي عبارة عن استعمال بي كربونات الصودا أو غيرها من الاملاح الصودية (من ٢٠ جرام الى ٤٠ كل يوم في ماء محلى الى أن يصير البول قلوبا ثم ينقص المقدار شيئا فشيئا) فمؤسسه على النظريات القائلة بوجود حمض في الدم لكنهم اتبوا التجارب اطباء الانكليز والمعلم سيدنا تور تصير ظهور المضاعفات القلبية نادرًا وتقتصر سير المرض ومن الموصى به بكثرة هو ان يستعمل بدلًا عن تغليف المفاصل المصابة بالعطن ودهنها بالمرخ المسكن رباط ثابت وهذه الطريقة قد أوصى بها من قبل المعلم جود شك واستعملها المعلم سايتين لكن بعد التجربة مدحها في العصر المستجد المعلم هيدبير وغيره في أحوال عديدة والوجود في ذلك ان يؤخذ جبيرتان من الورق المقوى مادتان بالماء ويغلى سطحهما الباطن بطبقة كثيفة من العطن فبذلك يتجنب حصول الالم الناتج عن عدم انتظام الضغط ثم تثبت الجبيرتان حول المفصل برباط ضاغطة خفيفة وهذا الرباط لا يزيل الالم فقط عقب وضعه حالًا بل يحدث تناقصا في الالتهاب المفصلي والحي المتعلقة به ايضا بحيث ان كثير من اطباء الذين وصوا بهذه الطريقة ينسب لها تاثيرا يقصر مدة المرض وان كانت الالم ممتدة على الظهر والقسمين الحرقميين ونحو ذلك من الاجزاء التي لا يمكن وضع الربطة عايمًا ووجب مضاربتها بواسطة المركبات الايونية من الباطن أو الحقن بالمرفقين بقرب الاجز المتألمة وعند وجود أرق مستمر يستعمل الكبرال الايدراقي من الباطن

وكما انه قد أوصى في العصر السابق باستعمال جواهر نوعية في الروماتزم فكذلك أوصى أيضا في العصر المسجود بجواهر نوعية آخر وذلك كالبروييلامين وخلات الرصاص الذي ذكر المعلم موقا انه باستعماله بمقدار عظيم قد تحصل منه على فائدة عظيمة والجلالين الذي يحدث تبعه السكودا تاثيرا ملطفا في المفاصل ونحض الكربوليك الذي باستعماله الحقن تحت الجلد في محلول منه جزء على المائة يحدث تبعه الكثرى تلطيفا عظيما في الالام وغيرها من الظواهر المرضية وليكن أجود ما يستعمل من جميع الطرق

العلاجية المستعمدة في الروماتزم المفصلي الحاد والاكثر نجاحها هو الرباط  
الضاغط المتقدم ذكره والاستعمال الباطني لحمض السالتسايك أي  
الصفا فيك والعلم بوس بعد ان نبه على تاثير هذا الجـ وهر الدواى في  
الروماتزم المفصلي الحاد قد برهن بالتجارب العديدة التي فعلت في كلينيك  
المعلم اشر كروتزوية على حقيقة هذا الامر وكانت سببا في انتشار استعماله  
على احسب طريقة المعلم اشر كروتز وهي ان يعطى حمض الصفا فيك مسحوقا  
بمقدار من نصف جرام الى جرام كل ساعة (بان يؤخذ من حمض الصفا فيك  
المسحوق من نصف جرام الى جرام) ويغلف هذا المقدار بـرشام ويعطى  
مرة واحدة مع قليل من الماء ويكرر هذا المقدار كل ساعة الى ان تخف  
المفاصل المريضة بدون ألم ولان الـ هذا الغرض قد يحتاج الى استعمال  
عدد عظيم من هذا المقدار وأقل منه وفي الاحوال التي شاهدتها اشر كروتز  
يزد فيها الاستعمال عن خمسة عشر جراما ولم يقل عن خمسة في كل حالة ومع ذلك  
ففي الاحوال المستعصية لا مانع من استعمال مقدار يزيد من ذلك عددا  
بدون أدنى ضرر واما الاعضاء الهضمية فقد يشاهد فيها أحيانا بعد اليوم  
الثاني من هذه المعالجة نظافة اللسان وتحسين الشهية ومن النادر  
حصول غثيان وقئ ويشاهد من الظواهر التابعة لهذه المعالجة طنين  
في الاذنين وثقل في السمع وعرق غزير لا يمكن من النادر مشاهدة اعراض  
مهمة كالثورانات النفسية والهـ الوسة (المعروف بالسكر الصفا في) أو  
انحطاط عظيم في القوى ومع ذلك فصول مثل هذه العوارض  
يلاحظنا الملاحظة المريض مدة المعالجة وقد ذكر المعلم اشر كروتز ان جميع المرضى  
الذين عالجهم (وكانوا ١٤) حصل عند أغلبهم بعد ٤٨  
ساعة انحطاط كلي في درجة الحرارة الجسمية التي كانت من تفرقة بل زال  
عنهم أيضا جميع الظواهر المرضية الموضعية أعني انتفاخ المفاصل  
وانحجارها ولا سيما الامها وقد أبدت ذلك أيضا تجاربه العديدة بمعنى ان هذا  
المرض لا سيما في أحوال حديثة منه قد حصل شفا في أيام قليلة وكانه  
انقطع سيره لكن التجارب المتعددة للمعلم اشر كروتز وغيره قد دلت الآن على  
ان نتيجة المعالجة بـحمض الصفا فيك ليست تامة النجاح في كثير من

الاحوال وذكرا ان الظواهر المرضية لاتزول على الدوام في زمن قليل زوالا تاما  
 باستعمال هذا الجوهر الدوائى بل انها بعد انحطاطها وتلطيفها كثيرا ما تنور  
 من جديد أو يحصل فيها انكسار ولذا ان اشترى كرىوصى بعد انتهاء المعالجة  
 الاولية الاساسية باستعمال معالجة تابعة بمقادير صغيرة منه بمعنى ان كل  
 مصاب بالروماتزم المفصلى ياخذ بعد انحطاط الداء عنده مقادير صغيرة من  
 هذا الخوض بقدر جرام ونصف الى جرامين كل يوم مدة ثمانية أيام وفي بعض  
 الاحوال قد لا يزول هذا المرض زوالا تاما مستمر ابواسطة هذه المعالجة  
 التابعة وحينئذ فلا بد من تكرار المعالجة الاولى مرة ثانية بل وثالثة  
 ومع ذلك فهناك أحوال نادرة تستعصى عن هذه الطريقة فتلجأ ثانيا لتركها  
 والمضاعفات الالتهابية من جهة القلب وان كانت لا تتجنب بالكلية  
 باستعمال حمض الصفصافيك الا انها تنقل جدا بسبب قصر مدة المرض بهذه  
 المعالجة فان الالتهابات القلبية يكثر ظهورها في انتها الاسبوع الثانى او  
 الثالث ومثل حمض الصفصافيك في التأثير وجوده الفعل وأقل منه في التهييج  
 الموضعي صفصافات الصودا وتستعمل بالمقادير عينها امام غلظة بالبرشام  
 او مخجله بالماء او صواغ آخر وهذا الملح هو المستعمل الا ان بكثرة الاانه ثمين  
 وكذا الصفصافين الذى مدسه سينا تور والمضاعفات الالتهابية تعالج على  
 حسب القواعد العمومية والعرق يتلطف باستعمال خفصة الغطا  
 وتنظيم درجة حرارة الاودة وعندما يكون غزرا جدا ومتمعا تستعمل خلات  
 الرصاص من الباطن وفي الاحوال المزمنة التى يعقبها انتفاخ المفاصل  
 ينبغي ولا بد استعمال يودور البوتاسيوم وزيادة عن ذلك تستعمل  
 الحمامات الحارة التى سنذكرها عند الكلام على الروماتزم المفصلى المزمن  
 واتمنا نذبه على ان استعمال الحمامات عند وجوده ضعافات قلبية يحتاج  
 لاحتراس عظيم وانه تبعه الللم يوتوق حمامات توهيم المحتوية على قليل من  
 حمض الكرى بوتيك (من جزين الى ٣ الى ٤ فى المائة) والحمامات  
 المطيعة التى حرارتها من ٢٥ الى ٢٦ وىور تحملمها المرضى ولو المعترتهم  
 أوقات ثقيلة فى القلب بسهولة بدون أن يحصل تنبيه فى المجموع الوعائى بل انها  
 يعكس ذلك تحدث تالطيفة فى حركات القلب مادامت حرارتها ومدة استعمالها  
 ودرجة تركزها موائفة



## \* البحث الثاني \*

\* (في الروماتزم المفصل على المزم) \*

## \* كيفية الظهور والاسباب \*

لا طائل في التعرض للجاذلة بكون الروماتزم المفصل على المزم هل مماثل  
 بالنسبة لطبيعته الروماتزم المفصل على الحاد ام لا فان طبيعة هذا الداء  
 الاخير كما ذكرناه في البحث السابق لم تنزل في حيز النظر يات وعلى كل  
 حال فالمرض الذي نحن بصدده لا يختلف عن الروماتزم المفصل على الحاد  
 بسيره البطل فقط بل كذلك بعدة اوجه فانه وان شوهدت احوال فيها  
 تكون الاصابة المفصلية المعبر عنها بالروماتزم المفصل على المزم ناشئة عن  
 الروماتزم المفصل على الحاد الا ان هذه الاحوال استثنائية ومن المعلوم ان  
 حصول هذا المزم يقع في اطوار الحياة التي يتدر فيها حصول  
 الروماتزم المفصل على الحاد اعني ما بين الاربعين والستين وانه لا يصيب  
 النوعين على حدسوا بل الغالب اصابة للنساء وان التمثل المعهود  
 للروماتزم المفصل على الحاد وميله للانتقال من مفصل آخر لا يوجد في  
 الروماتزم المفصل على المزم مطلقا ومن صفات هذا الداء الاخير ايضا التي انفرد  
 بهادون الحاد هي ندرة المضاعفات باشتراك القلب حتى ان بعضهم انكر ذلك  
 بالكلية وان وجود آفة مضاعفة قلبية اما ان يدل على ان الروماتزم ليس  
 من منابيل حادا (انما هو ذو سير بطيء) او ان الروماتزم المفصل على الحاد كان  
 موجودا من قبل وان الروماتزم المفصل على المزم يعكس الحاد فينتج عنه  
 تشوهات عظيمة عمدة في المفاصل اصابة بالنسبة لشكاها وحركتها  
 ويعتبر من اهم الاسباب واغلبها انتاجا للروماتزم المفصل على المزم التآخير  
 المستمر للبرد وذلك كالمسكن الباردة الرطبة والصنابع التي تحدث تبريدا  
 مستمرا على سطح الجسم أو بعض اجزائه وبهذا يوجه كثرة حصول هذا الداء  
 عند الفقرا كالمتهنات في الخدمة وواغسالات ونحو ذلك وقد نسب بعض  
 المؤلفين للتوارث مدخلا في احداث هذا المرض والتوارث هنا بالاعتنى  
 المطلق اعني ليس توارث هذا الداء بعينه بل كذلك الروماتزم المفصل على  
 الحاد بل والنقرسى واما مسألة اشكال بعض الروماتزم المفصل على المزم  
 الناشئة عن اضطرابات عصبية فستعرض لها فيما بعد

بعض الاعراض والسبب

الافات المفصلية المعبر عنها بالروما تزوم المفصل الى المزمن فختلف اختلافا عظيما في ظواهرها بحيث ينبغي شرحها على اختلاف اشكالها ومع ذلك فيعسر جعل حد فاصل بين كل منها على حدته فالاشكال الخفيفة من هذه المرض تنصف ابتداء بدرجة حساسية متزايدة وتأم في احد المفاصل أو كثير منها سواء كانت من المفاصل العظيمة كالركبة والكتف او الصغيرة كاليد والاصابع والقدم وبالضغط على المفاصل أو تحريكها تحصل الام وقد يحصل ارتفاع في الحساسية بل والم حقيقي من ذاته وهذا يتم من مفصل الى مفصل أو ينشع على الطرف بتمامه وهذا الثوران قد يصادف حصوله وقوع تغير في الجو أو بسببه (وهو المسمى بالروما تزوم الطنسي) والمفاصل في الاشكال الخفيفة من هذا المرض تكون غير متغيرة اوقليلة التغير جدا واما في زمن الثوران والتشاقيل فيحصل فيها انتفاخ بسبب الانتفاخ الالتهابي للطبقة الغمدية والاجزاء المحيطة بالمفاصل واما الانسكابات السائلة في المحاظ المفصلية وظهور التورج في جميع اشكال الروما تزوم المفصلي المزمن فنسادر وهذا ما يسمي بالالتهاب المفصلي الحاف وانما قد يحصل في اثناء دور ثوران الالتهاب نضج مصلي وليس لهذا الالتهاب ميل للتقيح وتسوس المفاصل ولان تكون نواصير فيها مطلقا والحي تفقد بالكافية غالباً وقد تظهر ظهورا وقتيا في اثناء ثوران الافة المفصلية أو بسبب احوال طارئة اخر كالاصابات العشائية المخاطية النزلية أو الروما تزوم المفصلي ونحو ذلك وسير مثل هذه الاشكال الخفيفة مستطيل مزمن عادة وفيه ميل للنكسات ومع ذلك فشقائه التام المستمر ليس بنادر ولا سيما في الاحوال التي فيها يكون للررض قدرة على الامتناع الكلي من المؤثرات المضرة للبردي لكن الغالب ان مثل هذه الاصابات المفصلية الخفيفة تترك في الاهمال مدة من الاشهر بل والسنين خصوصا عند الفقراء ولا سيما اكون المهمة العامة جيدة حتى تصبح حالة المفاصل غير جيدة بالكافية واما اشتراك القلب والاعضاء الباطنية في الاصابة فنسادر جدا في الروما تزوم المفصلي المزمن

كاذكرناه وان كنا قد تحصل احيانا كما شاهدنا هذه بعض المؤلفين الفرتساويين ولو  
 مع اصابات مفصالية خفيفة جدا وحينئذ يكون سيرها خفيا للغاية  
 اما الاشكال الثقبيلة المتقدمة من هذا المرض ففيها لا تكون المفاصل  
 منتهجة فقط بل انها بواسطة انكماشها التدريجي وتصر المنسوجات  
 الليفية المحيطة بها كالاربطة والاورتار والصفقات تكون معاثة بالسكينة  
 في حركتها ومنشئية كثيرا او قليلا او موضوعة وضعا معيبا او متخلعة نصف  
 الخلاع وقد يحصل تشوه واضح في مفاصل الاصابع فتكون مفاصل  
 المشط مع السلاميات منتهجة انتفاخا عظيما وجميع الاصابع معا  
 الابهام متخلعة نصف الخلاع الى الوحشية اى الى جهة الزند بحيث انها  
 تكون مع عظام الرصغ زاوية منفرجة وعند استمرار هذا الداء جلة  
 من السنين تفقد المفاصل المصابة منتهما بالسكينة كأنها تحدث الاماوا حساسا  
 بأزبر احيانا وينتهي الحال بجماعة بعض المفاصل بالسكينة وحيث ان  
 عضلات الطرف المصاب تقمع في الضمور بالسكينة فيظهر زوال بدغفظ  
 المفاصل ويتضح ومثل هذه الاحوال العتيقة المتقدمة وان كانت  
 لاترصد الحياة لا تسمع بشفاء التغيرات المرضية من المقابل يعتبر فيها من  
 النتائج العظمى في المعالجة ان كان زوال التغيرات الانتهاجية الخفية  
 للمفاصل وتآها زوالا مستمرا وكثير من المؤلفين من يعتبر كذلك من  
 اشكال الروماتزم المفصلي المزمن ما يسمى بالروماتزم المفصلي المشوه وفي  
 الحقيقة هو بعض الافات المفصالية التي تعد ولا بد من اشكال الروماتزم المفصلي  
 المزمن فيكتسب على طول الزمن صفات الروماتزم المشوه وهذا الشكل يؤدي  
 لتشوهات عظيمة جدا في المفاصل المصابة وذلك انه لا يعترى الاجزاء الرخوة  
 المفصالية تغيرات واضحة فقط بل ان هذه التغيرات تسمح اتضاحا عظيما في  
 الغضاريف والعظام المفصالية وهذه التغيرات عبارة عن نمو مرضي في  
 الغضاريف والاطراف العظمية والمفصالية من جهة ومن جهة اخرى عن  
 استحداث مرضية وضمور فيحصل فيها ابتداء تبعا للكمون نمو ونحن في  
 الغضاريف المفصالية وفي اثناء ذلك يحصل في اجزائها القريبة من العظام  
 تعظم والانتفاخ الغضروفي العظمي الحاصل بهذه الكيفية يشغل

الاسطحة المفصالية فيكون فيها روزات وانتفاخان تحدث تحولا في محل  
اندغام المحافظ والاربطه المفصالية وبذا تعاق حركتها الطبيعية  
ويعقب هذا التغير في المحال التي فيها الاسطحة المفصالية تؤثر على بعضها  
بالاحتكاك والضغط تغير ضووري وتلاش تشمعي العضاريف والاسطحة  
العظمية المتعريه المتكاثفة بتسكونات جديدة فيظهر انهما منبرية ورؤس  
العظام مقرطحة والتجاويف المفصالية تثير الغور والاتساع بحيث ان رأس  
العظم قد يترك حفرته الطبيعية ويتخذ حفرة جديدة والمحفظة الزلاية  
بعترتها ثخن وامتداداتها خصوصا عند انعطافها على العظام تكون  
امتدادات خيطية قد يتكون فيها قطع غضروفية عظيمة في التجاويف  
المفصالية وان هذه التسكونات المهمة بالجسيمات المفصالية تكون سائبة  
في تجويف المفاصل وهذا الالتهاب المفصلي المشوه كباقي اشكال الاصابات  
المفصالية الروماتزمية ليس له ميل للتقبح وكذا يندر حصول انكباب مفصالية  
فيه وانما يحتوي التجويف المفصلي على افراز قليل

ولقد اشرنا فيما تقدم الى ان آراء المؤلفين مختلفة من حيثية التماسك بين  
الالتهاب المفصلي المشوه والالتهاب المفصلي الروماتزمي المزمن وفي الحقيقة  
لا ينكرانه بوجود زيادة عن احوال الالتهاب المفصلي المشوه التي نشأت  
بكيفية تدريجية عن الروماتزم المفصلي المزمن احوال تنشأ ولا بد بكيفية  
أخرى فمثلا قد ينشأ التهاب المفصل المرئقي المشوه عن مؤثرات جرحية كما  
وان هناك احوال مهمة يلزم معرفتها من التهابات مفصالية مشوهة يظهر انها  
تتشأ عن تأثير اضطراب هيجي وقد زعم كل من الطبيب ريمالك وينييدكت ان  
الآفة المفصالية التي نحن بصدد ما تعتبر نتيجة لآفة تمهيجية في النخاع الشوكي  
العظيم السمباتوري بل ولقد بالغ الاول في تسميته لهذه الآفة بالالتهاب  
النخاعي الشوكي وأول من نبه على حصول آفة مفصالية في أثناء سير السيل  
النخاعي هو المعلم شركو وقال ان هذه الآفة المفصالية تقرب من الالتهاب  
المفصلي المشوه وان لم تكن مماثلة له بالسكلية وكذلك الميل العظيم للآفة  
المفصالية المشوهة في الظهور على صفة مساهمة في مفاصل مماثلة لبعضها  
من جهتي الجسم والامر المعلوم من انه يجوز الآفة المفصالية توجد تغيرات

آخر ناشئة عن اضطراب عصبى غذائى لاسيما الضور العضلى التدريجى  
يرجع القول بكيفية الظهور والحصول ومن الجائز ان يممكنا فى المستقبل  
تقسيم الافات المفصلية المعبر عنها بالالتهاب المفصلى المشوه الى جملة انواع  
بل والان يميز لهذا الداء نوعان الاول الالتهاب المفصلى المشوه الدائرى وهو  
الذى يصيب ابتداء المفاصل الصغيرة للاصابع والكف والقدم ويمتد  
بالتدريج منها الى المفاصل العظيمة (وهذا الشكل هو المعبر عنه عادة  
بالروماتزم المفصلى المزمن) والنوع الثانى هو الالتهاب المفصلى المشوه  
المركزى الدمى ايضا بالشخونى وهو الذى يصيب ابتداء المفاصل العظيمة  
القريبة من الجذع كالمفصل الحرقفى الفخذى والكف والعضدى والركبى  
ولاسيما المفاصل الفقرية (وهو الالتهاب المفصلى الفقري المشوه) وهذا  
الشكل لا يظهر بالتسامت دائما وحينئذ يطابق الداء الحرقفى الشخونى  
ويؤدى لتغيرات عظيمة فى شكل المفاصل واضطراب حركتها وكذا الى  
انحناءات وتقوسات فى العمود الفقري مع اضطراب النخاع الشوكى  
والالتهاب المفصلى المشوه لا يختار بالحياة الم تطرأ مضاعفات لكن الاصل  
بالشفاء يكاد لا يوجد فانه متى ابتداء هذا الداء يأخذ فى التقدم شيئا فشيئا ولو  
مع وقوف وتحسين وقتى وهم جرا الى منتهى الاجل

### بالمعالجة

شكل الروماتزم المفصلى المزمن العاصر على مفصل واحد يستدعى معالجة  
موضعية واما الروماتزم المفصلى المزمن المنتشر فانه يحتاج على الخصوص الى  
معالجة عمومية

فالمعالجة الموضعية يوصى قهرا فى احوال نادرة اثناء ثوران الالتهاب  
بالاستفراغات الدموية الموضعية بارسال العلق أو المحاجم التشريطية  
على المفصل المصاب ومن الوسائط الموضعية استعمال الجواهر المحمرة  
للجالد أو المحدثة لالتهاب سطحى وذلك كالمسحوق ابودياولك والروخ  
الذوسادرى الطيار وروح الكافور وغيرها من الروخات ذات الرائحة  
المقبولة كالمخيط الزبقى البلسمى ونحو ذلك وهذه الجواهر مهما كان  
الاعتقاد فيها تعترف ولا بد بأن منفعتها آتية من العمل الميخانيكى للبيدلا

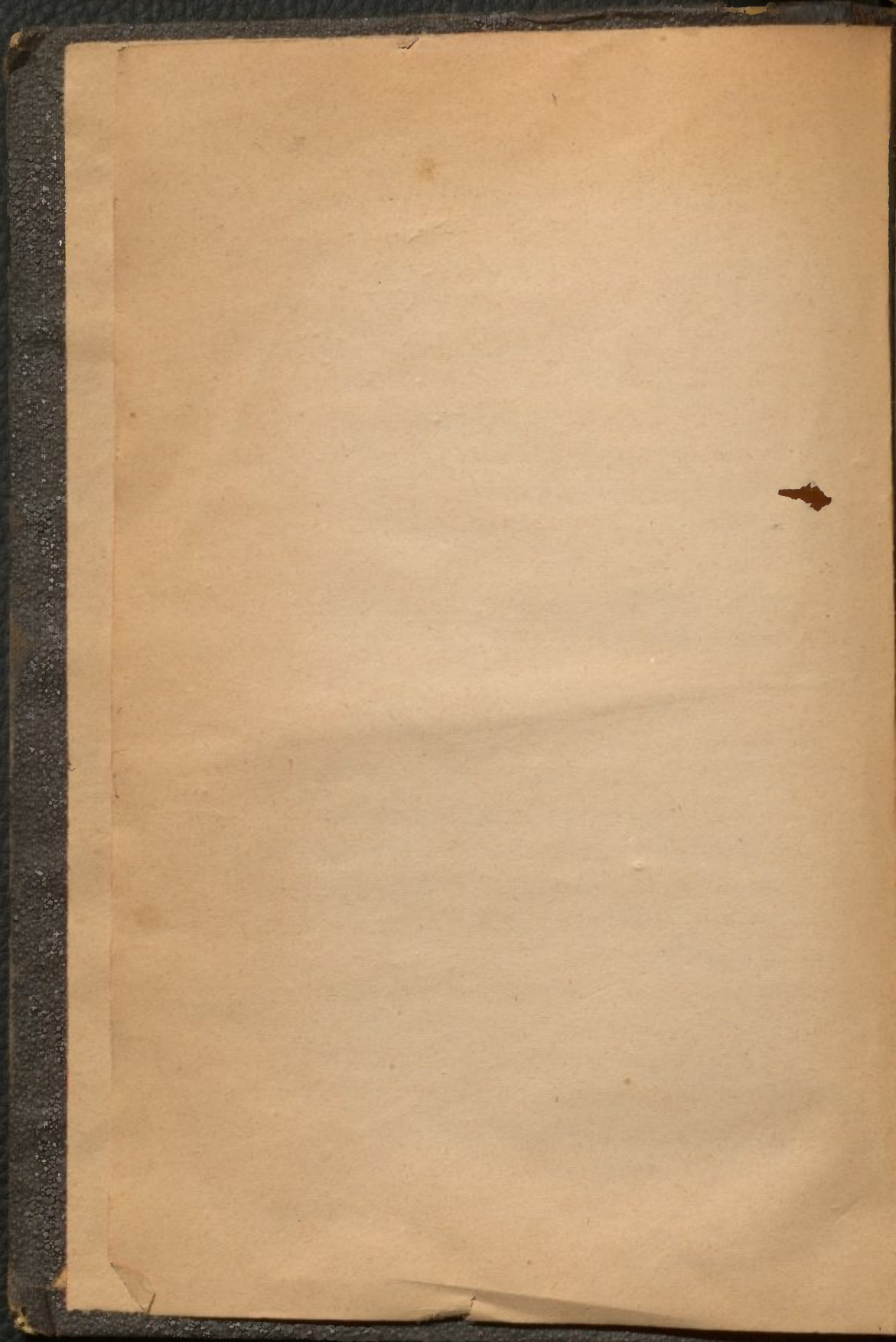
من تأثيرها الدواى واما استعمال الخردل او الدلك بروح الخردل الذى به  
يحمر الجلد احرار او قتيبا فله ولا بد فائدة ملاحظة وقد يتحصل باستعماله  
المستمر على تحسين ثابت والدلك بالوراثين مع الكوروفورم ينتج عنه  
ولا بد احساس مخصوص فى الجلد يكون هو السبب فى فعله المحول واقد  
استعمالنا مع النجاح فى الاحوال الخفيفة مخلوطا مكونا من ٣ الى ٥  
دسجرام من الوراثرين مع ١٥ جرام من الكوروفورم ومخلوطا زيتيا  
٦٠ جراما واقوى من المحمرات فى التأثير المنفطة التى من جاتها ذلك  
يصعبه اليودا باستعمالها تنفصل البشرة ايضا بل وان استعمال غير مخففة  
يفتح عنها تنقيط واقوى المصرفات فى هذا الداء الذى نعتبر انه اقوى من  
الجديدا المحمر والمقص التشلل القوى الساخن على جلد المفصل المريض اذ  
باستعماله يشاهد اختقان واضح فى الجلد يستمر جملة ساعات وبيسرع  
الامتصاص وزيادة عن الوسائط الموضوعية السابق ذكرها التى ينضم لها  
استعمال الشمعات الراتنجية والمسكنة وذلك بالمدهم اليودى او محلول  
ليجول اليودى واستعمال اللصق الرقيقة الورقية او فرة بعض الحيوانات او  
القطن المجهد ز او غير المجهد نوصى ولا بد باستعمال رباط ضاغط خفيف  
فى جميع الاحوال التى فيها لا يكون التغير المفصلى عميقا جدا  
بحيث لا يامل فى حصول امتصاص المواد المتكاثفة فيه كالأوبهضا ونحن  
استعمل بآثره الرباط الضاغط المصنوع من القطن والقفى والقفى كاسبقى شرحه فى  
الرومازم المفصلى الحاد وانما نوصى فى الافات المفصلية الرومازمية باستعمال  
هذا الرباط الضاغط وقتيا مدة بعض ايام ثم تركه واستعمال الحركات  
المتعدية والدلك على المفصل المريض ومن الطرق العلاجية القوية التأثير  
والمنفعة فى الرومازم المفصلى المزمن يعتبر بعض المؤلفين الآن استعمال  
التيار الكهربي المستمر الصاعد بل ذكر زيمالك انه تحصل منه  
على تحسين عظيم وتسكين الالام حتى فى احوال الالتهاب المفصلى المشوه  
واما المعالجة العامة التى هى المهمة الوحيدة فى احوال الرومازم المفصلى  
المزمن المتمدد التى تساعد بالسكية المعالجة الموضوعية فى المنفرد فاهما  
انجحها استعمال الحمامات القاترة فان عدة من الاشخاص شفيت

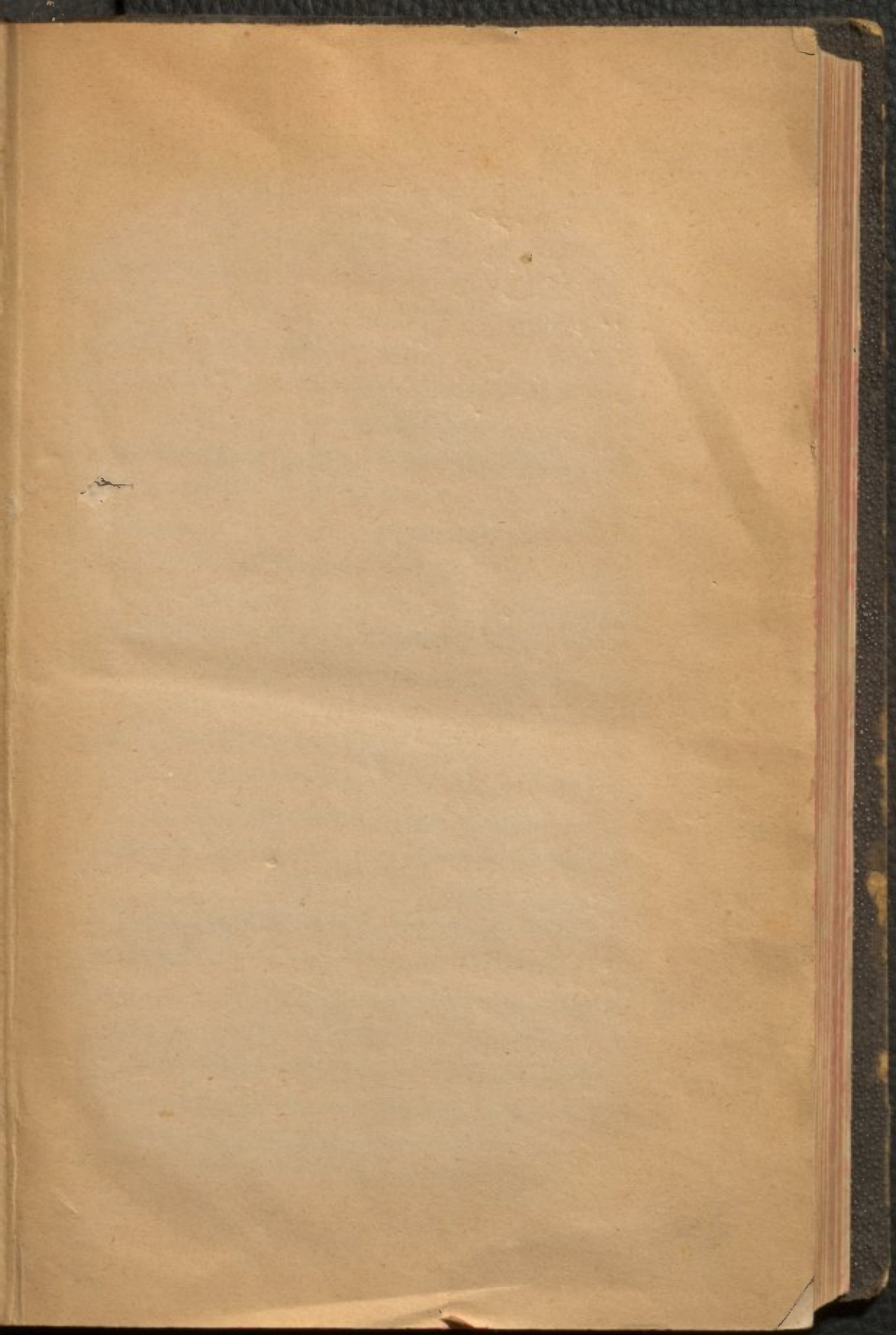
ولا بد

ولابد من استعمال المعالجة الحمامات في نحو ولد باد اوجستين أوفيفر  
اوراجانس أوتو بلندر أوفريزبانن أونوهيم أوريمي أودلوان  
أبورسه شفاء تام بعد استعصاء الروماتزم عندهم على جميع الطرق  
العلاجية كما لا ينكره كل طبيب مشغول بالطب العملي وله تجارب متسمة  
والاخر المعلوم من ان جملة من الشيايع الحارة المختلفة التركيب  
الكيميماوى وكذا التي ماءها لا يحتوي الا على قليل من الجواهر المعدنية  
المشهور جميعها في معالجة الروماتزم المزمن يؤيد ولا بدكون المهم في معالجة  
الروماتزم المفصلي المزمن هو الاستحمام بالماء الفاتر وليس الاستحمام بهذا  
أوذلك من المحلولات المعدنية الطبيعية ولذا انه من حيثية انتخاب الحمام  
تلاحظ تعب المريض وحالته الدنيوية وانما يفضل عند الاشخاص الكثيري  
الحساسية وعند وجود الام عظيمة الحملات الفاترة البسيطة أو المياه  
المعدنية الحارة الخفيفة جدا وانما في الاحوال العتيقة المزمنة فتفضل  
الحمامات المشتملة على كمية عظيمة من الكبريت أو ملح الطعام أو الخلاصات  
الرائحة أو نحو ذلك المحذرة لتخرج شديدا في الخلدوا كثر الحمامات شهرة في  
معالجة الروماتزم المفصلي المزمن الحمامات الهلامية او الطبيعية المعدنية في  
سريم باداوفر نسبياد أو نيلدس اوطين مياه البحر بحشمة ونحو ذلك والحمامات  
المنتظمة الكاملة الاخيرة في المرستانات يحصل منها على نجاح عظيم في  
الروماتزم المفصلي المزمن مثل ما يحصل عليه في ينابيع اخن وتلدس  
ولد باد الحارة وانما في الطب العملي فيعتمد ولا بد اجراءه معالجته بالحمامات مع  
الاحتراس والدقة في بيت المريض ولذا يفضل ارسال المرضى التي تسمح حالتهم  
الدنيوية الى احد ينابيع السابق ذكرها وحرارة الحمامات يكفي فيها ان  
تكون من ٢٨ الى ٣٠ ريمور بل ويفضل ذلك عن درجات الحرارة العالية  
واما الحمامات البخارية المسكونية فهي واسطة علاجية قوية ولا تفضل  
الا عند الاشخاص الاقوياء البنية والذين لم يوجد عندهم اضطرابات جسمية  
باطنية ويظهر تبعها للتجارب التي فعلت في ولد باد وغيرها من الحمامات ان  
من الجيد استئالة زمن الحمام شيئا فشيئا بحيث ان المرضى نحو انتهاء المعالجة  
تمكث في الحمام نحو الساعة أو ازيد ومن المهم جدا حفظهم بعد الحمام من

تأثير البرد مع الدقة فيوصى ان سمحت قواهم بتركهم يعرقون وهم مغلفون  
 في احزمة من الصوف ويكرر الحمام الحار قدر ٢٨ أو ٣٠ مرة  
 بعد الاخرى و يظهر حقيقة انه لا ينبغي تكرارها زيادة من ذلك فيفضل ان  
 كان النجاح غير تام ويكون تكرار المعالجة بعد بعض اشهر وفي اما كن المعالجة  
 بالماء البارد لا تشفى المرضى المصابة بالروماتزم المفصلي المزمن سيما ان كان  
 الداء غير حديث واستمر زمنا طويلا بل قد تزداد حالتهم واما في الاحوال  
 الحديثة من هذا الداء فيظهر ان المعالجة بالماء البارد تكون ذات تأثير جيد  
 احيانا واما الجواهر الدوائية المستعملة ضد الروماتزم فأشهرها صبغة ثمر  
 اللؤلؤ بان يؤخذ منها بقدر ١٥ جرام مع خلاصة الاكوييت الخاق  
 الذئب بقدر ٣ جرام وصبغة الافيون ٢ جرام يعطى كل يوم من ١٥  
 الى ٣٠ نقطة اربع مرات ولذا كانت كثيرة الاستعمال في الروماتزم المفصلي  
 المزمن لسكننا تماما من كونهما لا تعرف حق المعرفة الاحوال التي  
 تستعمل فيها صبغة اللؤلؤ التي لا تذكر منفعتها في هذا المرض والاحوال التي  
 فيها لا يأمل من استعمالها نجاح واما صبغة خشب الانبياء الطيارة  
 والمركبات الانيمونية التي كانت في السابق ذات شهرة عظيمة في معالجة  
 الروماتزم فلا تستعمل الآن الا بندرة وفي بعض احوال الروماتزم  
 المفصلي المزمن يظهر ان استعمال بودورال بوتاسيوم بمقادير عظيمة (من  
 جرام الى أربعة كل يوم) جيد للغاية خصوصا عند الاشخاص القابلين  
 للضعف والتخسين يظهر عند استعماله عادة متى حصل التسمم اليودي ولذا  
 ينبغي المداومة على استعماله الى ان يتضح الزكام أو الطفح اليودي على الجلد  
 وبالنسبة للنجاح العظيم الذي تحصلنا عليه في العصر المستجد من استعمال  
 حمض الصفصافيك في الروماتزم المفصلي الحاد قد صار الامل في الحصول  
 على فائدة في الروماتزم المفصلي المزمن بواسطة هذا الجوهر الدوائي لكن  
 الى الآن نجاح هذا الحمض في الداء الذي نحن بصدد مشكوك فيه  
 وعلى كل حال فمن الاكيد ان منفعته الواضحة هنا لا تقرب من منفعته في  
 الروماتزم المفصلي الحاد والتدبير الصحي يختلف بالنسبة للاحوال الحديثة  
 وعند الشبان عن الاحوال العميقة وعند الشيوخ في المسألة الاولى ينبغي







~~Oct 13.~~

WD. 6...

3905  
1443

